

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOO000
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000614
DATA: 26/06/2020 17:04
OGGETTO: Approvazione "Relazione sulla Performance 2019" dell' Azienda Ospedaliero
Universitaria di Parma

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Fabi Massimo in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Brianti Ettore - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Bodrandi Paola - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Antonio Ventura - 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
- Ricerca e Innovazione
- S.C.I. Affari Generali
- S.S. Medicina Legale
- S.C.I. Esecuzione Contratti per Fornitura di Beni
- S.C.I. Area Giuridica
- 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. Attività Tecniche
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- S.C.I. Internal Auditing
- S.C.I. Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
- S.C.I. Acquisizione Beni
- Servizio Rapporti Istituzionali
- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale



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.



- S.C. Servizio Informativo Aziendale
- S.C. Controllo di Gestione
- Direzione delle Professioni Sanitarie
- Servizio Fisica Sanitaria
- S.C.I. Gestione Amministrativa prestazioni sanitarie ed accessibilit  , pianificazione e gestione progetti di accoglienza
- S.C.I. Servizio Economico Finanziario e aspetti economici dell'accesso alle prestazioni sanitarie
- S.C.I. Area Economica
- S.C.I. Formazione e Sviluppo Risorse Umane
- Direzione Generale
- S.C. Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- S.S.D.I. Ingegneria Clinica

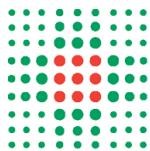
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000614_2020_delibera_firmata.pdf	Bodrandi Paola; Brianti Ettore; Fabi Massimo; Ventura Antonio	D332F6CA66C46AA1A3184BFF5602CE6E690CF781DAC2B6759AB3841EC6F44981
DELI0000614_2020_Allegato1.pdf:		1C15466E39125F5497FAD882591641D16A54539F33EDAE536CE6609FC35E81B7



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 2019" dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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 2019” in cui sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2019, 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 dall’Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione in collaborazione con i Servizi Amministrativi, Tecnici, Servizi in Staff e la Direzione Sanitaria, ed è stato elaborato sulla base degli indirizzi previsti nelle sopraccitate 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;

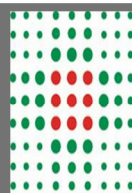
Delibera

Per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare il documento “Relazione sulla Performance 2019”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, secondo le indicazioni dall’Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV) così come declinate in preambolo;
2. di pubblicare la presente delibera e la suddetta Relazione sul sito Internet dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (www.ao.pr.it) nella sezione Amministrazione Trasparente – Performance;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

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

2020



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

Relazione sulla Performance 2019

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2019, 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
Governare della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	6
Attività di prevenzione e promozione della salute.....	7
Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza	8
Riordino dell'Assistenza Ospedaliera	10
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	11
Governare della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	11
Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, di supporto e logistici e riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività integrata	12
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	13
Adempimenti nei flussi informativi	13
Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno.....	14
Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	15
Anticorruzione e Trasparenza.....	15
Attività di ricerca e della didattica.....	15
Rispetto dei doveri delle risorse umane dell'Università	16
Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica.....	16
Flussi economici della regione a favore delle attività didattiche e di ricerca dell'Università	17
Impegno a sostegno dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia	17
Rapporto con l'Azienda USL e l'area vasta per gli aspetti universitari	17
Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie	18
La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	18
Valorizzazione capitale umano	18
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	19
Governare delle risorse umane e "Percorso Interaziendale di attuazione del sistema di valutazione integrata del personale"	20
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti	20
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance.....	21

a)	Dimensione di performance dell'utente	22
i.	Area di performance dell'accesso	22
	<i>Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.....</i>	<i>22</i>
	<i>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero.....</i>	<i>23</i>
	<i>Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico.....</i>	<i>26</i>
	<i>Attività di prevenzione e promozione della salute</i>	<i>27</i>
ii.	Area di performance dell'integrazione.....	32
	Reti Regionali e Modello Hub e Spoke	33
iii.	Area di performance degli esiti: Indicatori.....	42
b)	Dimensione di performance dei processi interni	43
i.	Area di performance della produzione.....	43
ii.	Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	48
iii.	Area di performance dell'organizzazione	62
iv.	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.....	69
c)	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	72
i.	Area di performance della ricerca e della didattica	72
ii.	Area di performance dello sviluppo organizzativo	79
d)	Dimensione di performance della sostenibilità.....	82
i.	Area di performance economico-finanziaria.....	82
	Dematerializzazione del processo di ciclo passivo	85
	Sviluppo dell'e-procurement e Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi	86
	Integrazione organizzativa tra Intercent-er e le aziende sanitarie.....	86
ii.	Area di performance degli investimenti	90
4	Conclusioni	98
5	Allegati.....	99

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 2019, 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 2019, 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 2019 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 977/2019".

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 avvenuta già negli anni precedenti del Responsabile Unitario dell'Accesso.

Nel 2019 i tempi di attesa delle prestazioni a monitoraggio sono stati costantemente monitorati e presidiati, si è inoltre proceduto a stilare le caratteristiche qualitative della composizione delle agende nel contesto del nuovo piano liste di attesa che è stato condiviso tra le aziende sanitarie ed i principali erogatori AUSL. In modo particolare nel corso del 2019 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 di tale obiettivo 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.

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, coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. 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 e note a corredo delle prestazioni.

Rispetto alla prescrizione e prenotazione dei controlli è 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, con il suo conseguente inserimento nel nuovo piano liste di attesa e sono state informate le strutture eroganti.

Riguardo il numero delle prescrizioni formulate dagli specialisti è necessario un approfondimento dell'intero processo di individuazione del prescrittore partendo dalla anagrafica dei prescrittori.

Per quanto riguarda, infine, lo sviluppo del DSA (Day Service Ambulatoriale) e alla gestione delle Agende nel corso del 2019 in Azienda Ospedaliero-Universitaria è proseguita l'attività rivolta ai pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia.

Riguardo all'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero 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'Azienda ha provveduto a formalizzare i seguenti accordi per la proposta di una sede alternativa al ricovero: **a)** Protocollo per l'esecuzione di interventi di colecistectomia vdl e interventi per ernia inguinale presso l'Ospedale di Borgotaro; **b)** Protocollo per l'esecuzione di interventi di chirurgia generale presso i tre Ospedali Privati accreditati della provincia; **c)** Protocollo per l'esecuzione di interventi di urologia presso l'Ospedale di Fidenza finalizzato a ridurre i tempi d'attesa dei pazienti inseriti in lista d'attesa presso l'Urologia di Parma.

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 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: sinergie di rete provinciale per l'abbattimento delle liste d'attesa dei ricoveri programmati; **a)** implementazione del Progetto di riorganizzazione delle sale operatorie con particolare riferimento alla separazione dell'attività di urgenza da quella di elezione mediante il progetto di istituzione del Comparto Operatorio Emergenza-Urgenza (COE); **b)** attività del Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP) e **c)** riorganizzazione dell'area ortopedica.

(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

Anche nel 2019 l'AOU di Parma ha proseguito le azioni a supporto del miglioramento continuo dell'appropriatezza nell'utilizzo dei vari setting assistenziali e, quindi, coerentemente con l'organizzazione, del governo e trasferimento eventuale della risposta verso il setting assistenziale più appropriato. Questo ha consentito di consolidare la performance in relazione ai drg ad alto rischio di inappropriatazza conseguendo il target atteso e riducendo di circa il -3,9% il numero assoluto dei casi rispetto all'anno 2018.

Tra i drg potenzialmente inappropriati va specificato che nel DRG 008, confluisce l'asportazione di neurofibromi. Tale attività viene eseguita in questa Azienda elettivamente presso la U.O.C. di Chirurgia Plastica e Centro Ustioni che è Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della neurofibromatosi; infatti tale struttura è inserita tra i Centri di riferimento regionali nel Portale delle Malattie Rare. Tale attività nel corso del 2019 ha visto una implementazione ed infatti il numero di casi trattati è stato nel 2019 di 151 e nel 2018 di 120, con una crescita di circa il +26%.

E' proseguita anche nel 2019 l'attenzione e l'impegno organizzativo-gestionale per un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine e proseguendo il percorso Basso Rischio in Sala Parto, nonché l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto in collaborazione con la 2^a Anestesia, Rianimazione e Terapia antalgica. Inoltre, sempre in tale ottica va evidenziato che il ricorso al taglio cesareo complessivamente è sceso al 22,36% e il dato di natimortalità su 1000 neonati a termine della provincia di Parma (cui la AOU partecipa per il 60%) si attesta allo 0,33, il più basso della regione Emilia Romagna (la media RER è 1,22).

Nel 2019 il Centro Procreazione Medicalmente Assistita (CPMA) ha aderito alle indicazioni regionali relative all'acquisizione dei gameti da banche estere. E' stata completata la procedura operativa (PO 23) per la richiesta informatizzata sul sistema SOLE di gameti sia maschili che femminili, concordata fra il CPMA, la farmacia aziendale e gli uffici amministrativi.

(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 esteso al 31.12.2019. Per quanto riguarda la 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 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'Agenda 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.

Tra le attività si segnala a) l' Igiene delle mani, in quanto in AOUPR è proseguito il 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, infatti anche nel 2019 l'UOC di Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva ha intrapreso un progetto che prevede la sensibilizzazione dell'adesione all'igiene delle mani, rimarcando l'importanza del fatto che tutti gli operatori sanitari sono tenuti a svolgere educazione sanitaria nei confronti dei pazienti, dei familiari e/o caregivers, dei visitatori; b) Sistema di Sorveglianza MDR ed Enterobatteri Produttori Di Carbapenemasi (CPE) sono proseguite le attività di monitoraggio dei microrganismi sentinella quali MRSA, VRE, C.difficile, ec, il database 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; c) Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER) precisando che nel 2019 il livello complessivo di adesione delle UU.OO. chirurgiche è passato dal 38% delle procedure Sorvegliate del Primo Sememstre 2019 all' 88,2 % del II Semestre 2019 grazie all'intensa attività di sensibilizzazione e grazie all'impegno di tutti i professionisti coinvolti.

In merito ai i programmi di screening oncologici si precisa che, nel 2019 il programma di screening al collo dell'utero ha pienamente conseguito il valore percentuale ottimale del 60% della popolazione target (donne di 25-64 anni); il programma di screening al colon retto ha conseguito il valore percentuale del 50% della popolazione target (persone 50-69 anni); e il programma di screening alla mammella ha conseguito il valore percentuale del 50% della popolazione target (donne 45-74 anni).

(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, Reti regionali e Modello Hub e Spoke.

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. Inoltre nel 2019 si è provveduto alla riorganizzazione del percorso assistenziale **STEN** per mantenere e potenziare i livelli qualitativi e gli standard offerti dalla Neonatologia in stretta collaborazione con gli ospedali limitrofi, Piacenza e Fidenza, con cui c'è stato un confronto attivo. La procedura STEN, in prima stesura il 03/06/2016, è stata revisionata, e sono state costruite due schede (parte A e parte B), per la tracciabilità dell'evento 'trasporto' in tutte le sue fasi (contenimento del rischio clinico) e per il necessario 'handover' del neonato critico, in un percorso di cura continuo e coerente nel tempo. Nel corso dell'anno 2020, con l'acquisizione del personale dirigente medico necessario, la procedura verrà attivata con progressiva gradualità.

Rispetto alle **Reti regionali e Modello Hub e Spoke** si ricorda la rete per la valutazione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della Mammella e dell'Ovaio la cui funzione HUB dell' AOUP copre il bacino di utenza rappresentato dalle province di Parma e Piacenza (attività ambulatoriale per counselling oncogenetico di profili ad alto rischio, attività di laboratorio di genetica molecolare per la ricerca di mutazioni predisponenti al carcinoma mammario e/o ovarico, attività di valutazione dell'attività e di genetica epidemiologica in collaborazione con i Registri Tumori e con lo screening mammografico). La funzione Spoke attiene all'utenza della sola provincia di Parma (Centro senologico dell'AOU di Parma).

Riguardo, invece, alla **Rete Neuroscienze** l'obiettivo della Rete è Garantire le migliori prestazioni assistenziali ad alti standard di qualità in rapporto alla tipologia delle prestazioni neurochirurgiche (neoplastiche, vascolari e traumatologiche) e di Neuroradiologia interventistica che richiedono adeguata expertise degli operatori e tecnologie di elevato costo e complessità. I nodi della Rete sono rappresentati per l'Area Emilia Occidentale dal Centro HUB, costituito dalla Neurochirurgia, Neuroradiologia e Neurologia-Programma Stroke Care dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, mentre i Centri Spoke sono gli Ospedali di Piacenza e provincia (Castel S. Giovanni, Fiorenzuola, Villanova d'Arda), gli Ospedali AUSL Parma (Fidenza e Borgo Val di Taro) e, infine, gli Ospedali di RE e provincia (Scandiano, Guastalla, Montecchio, Castelnovo nei Monti, Correggio). L'ospedale di Reggio Emilia è uno spoke con attività neurochirurgica d'urgenza in sede (con equipe neurochirurgica dell'AOU di Parma).

Il Centro Grandi Ustionati dell'AOU di Parma, all'interno della rete regionale attivata nel 2002, rappresenta il centro HUB per l'Area Vasta Emilia Nord, che vede come Centri spoke afferenti l'AUSL di Piacenza, l'AUSL di Parma (Ospedale di Fidenza), l'AUSL di Reggio nell'Emilia e l'AOU-AUSL di Modena. Si occupa dell'assistenza al paziente ustionato grave che necessita di intervento chirurgico o trapianto di cute o manovre cliniche intensive.

Rispetto ai grandi traumi, l' AOU di PARMA nel suo complesso, in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, è specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB con la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato.

Per quanto riguarda la **Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)** In data 15/05/2019 è stato organizzato da AUSL di Parma, in collaborazione con AOU, incontro del Gruppo di lavoro interaziendale UVMP sulle CPP con rendicontazione 2018 dei casi eligibili per CPP con compilazione check list regionale. I referenti delle CPP delle due aziende hanno partecipato alle riunioni della RLCP interaziendale di cui la rete fa parte. Inoltre, secondo la DGR n. 857 del 31 maggio 2019, è stata nominata dalle 2 aziende sanitarie della provincia di Parma la Responsabile del PUAP (punto unico di accesso pediatrico) e dell'UVMP.

In AUSL è proseguita nelle prassi la funzione sperimentale di Punto Unico di Accesso Pediatrico, per raccordo nei percorsi di continuità assistenziale tra nodo ospedale e nodo territorio nei casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale, con funzione di supporto per stesura PAI nei nuovi casi in collaborazione con i professionisti coinvolti.

Si precisa che l'AOU di Parma, all'interno della **rete** regionale comprende 18 centri di riferimento per le **malattie rare**, di cui due Centri HUB, Malattie Emorragiche Congenite e Fibrosi Cistica (non rientrante nella classificazione di Malattia rara, ma di fatto tale considerata nella RER). In totale, tali centri certificano circa 400 patologie rare. I professionisti dei Centri di riferimento dell'AOU hanno garantito la loro partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla Regione inerente tale rete.

Per il **servizio immunotrasfusionale** come negli anni precedenti, è stata mantenuta l'autosufficienza in ambito provinciale della raccolta di sangue ed emocomponenti, contribuendo all'autosufficienza regionale e nazionale, grazie ad una raccolta di sangue intero nel 2019. In aggiunta, il programma Patient Blood Management (PBM) è operativo in AOU, con un ambulatorio dedicato presso il SIMT, accessibile a tutti i reparti dell'azienda, che ha determinato un incremento delle infusioni di Ferro del 35%. E' iniziato il percorso di stipula di convenzione con altre strutture sanitarie nella produzione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale, sulla base DGR 865/2016 (ad oggi attiva 1 convenzione con un Poliambulatorio privato). Infine, la Medicina Trasfusionale ha supportato con grande efficienza l'attività clinica dell'Ospedale Maggiore di Parma, in particolare, partecipando direttamente ad attività cliniche di altissimo livello, quali i trapianti di staminali aplo-identiche da Donatore familiare per patologie ematologiche e i trapianti di rene da Donatore ABO incompatibile.

In riferimento alle **specialità riabilitative** l'AOU di Parma partecipa alle Reti per Riabilitazione gravi mielolesioni, Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite e Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva. Nella rete è integrata con funzione di 2° livello (Spoke), relativamente alla riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione acquisita (progetto GRACER) e delle persone affette da gravi mielolesioni, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina Riabilitativa). La funzione di spoke è sia in riferimento al reparto di degenza Spoke O (ospedaliero), che in relazione al ruolo di gestione dei bisogni riabilitativi nei reparti per acuti Spoke A (Spoke Acuti) e, considerato che l'ospedale è sede di Trauma Center nella rete delle mielolesioni, anche Spoke AT (Spoke Acuti Traumatici). Inoltre, partecipa quale Polo tecnologico multifunzionale (Centri H/S) per le disabilità infantili, alla presa in carico delle gravi disabilità motorie dell'età evolutiva attraverso il Centro regionale per la Spina Bifida.

Relativamente al **percorso IVG (Interruzione volontaria di gravidanza)** si evidenzia che nel corso del 2019 il tema è stato oggetto di diversi confronti ed analisi, e sono state messe in campo una serie di azioni di sensibilizzazione allo scopo di consolidare e migliorare la performance. Si è cercato di intervenire anche sul percorso organizzativo, ridisegnando, compatibilmente con le risorse, l'iter di risposta. Tra queste azioni si annovera quella di distribuire i casi su due sedute a settimana che è diventata pienamente operativa da gennaio 2020, con un impatto positivo ulteriore sulla performance.

Relativamente alla **continuità assistenziale e le dimissioni protette**, la Direzione aziendale AOU 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 a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un’analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall’ospedale. 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, intercettando precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti, garantendo la continuità dell’assistenza all’interno di percorsi aziendali e interistituzionali. E’ stata completata la dotazione dell’organico necessario per l’attivazione del PUD entro il mese di ottobre 2019. Nel trimestre ottobre-dicembre 2019 è stata organizzata la formazione del personale infermieristico di alcune aree di degenza all’utilizzo della scheda BRASS.

Già da dicembre 2018, a seguito di accordi con l’Azienda USL e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, l’AOU 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 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.

Nell’ambito dell’organizzaione integrata provinciale e sovraprovinciale, all’interno della quale l’ AOU si pone con un ruolo centrale, sono in corso di predisposizione e/o completamento alcuni Percorsi Diagnostici Terapeutici, anche a valenza interaziendale. Tra questi sono importanti da ricordare: PDTA per la “malattia di Parkinson”; PDTA per la “demenza giovanile” e PDTA Delle Neoplasie Ovariche.

(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 organizzaione 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.

In merito al **Percorso Nascita - Materno Infantile** nel 2019 presso l’AOU di Parma vi sono stati 2537 parti. A seguito dell’approvazione dei nuovi LEA un gruppo di lavoro interaziendale ha riformulato i criteri dell’accesso alla diagnosi prenatale invasiva presso l’azienda ospedaliera universitaria di Parma ed ha potenziato l’offerta dello screening per le anomalie cromosomiche.

Inoltre l’AOU ha partecipato all’offerta provinciale provvedendo all’organizzazione di un corso al mese, soprattutto per le primipare.

Nel 2019 si è consolidato il percorso tecnologico per garantire la completa **Interoperabilità della centrale 118**, ed è stato avviato il progetto per garantire la fase di call-dispatch.

Sono stati portati avanti ulteriori importanti progetti di cui si riporta sinteticamente la **Riorganizzazione dell'area internistica e geriatrica** 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

Nel corso del 2019 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 e successivamente validato (04/04/2019) il Piano Programma gestione del rischio e sicurezza delle cure 2019-2021. 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 PPSC vuole dare 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. A livello regionale e locale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati complete e costantemente aggiornate, è quindi essenziale che questo notevole patrimonio informativo sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria a supporto dei programmi di gestione del rischio e ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza. Il sistema si è strutturato nel tempo e ha raggiunto una elevata complessità: da una parte ciò consente di avere già a disposizione fonti informative di ottima qualità, dall'altra richiede il superamento di ogni frammentarietà in una prospettiva unitaria. Per consolidare l'integrazione e la trasversalità vi è quindi la necessità di dare evidenza sia ai flussi informativi già attivi e consolidati, sia ai flussi che necessitano di sviluppo e innovazione, con l'obiettivo di consentire possibilità di link tra sistemi informativi, valutare gli esiti di interventi e dei programmi al fine di attivare azioni di miglioramento coordinate a livello locale.

Gli interventi per la gestione della sicurezza e della qualità del rischio clinico riguardano gli eventi sentinella e incident reporting; check list di sala operatoria; l'identificazione del paziente; le raccomandazioni per la sicurezza delle cure; il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica; la prevenzione e la gestione delle cadute, il coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure.

(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.

La spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci (escluso fondi innovativi AIFA) ha registrato un -4,1% rispetto all'anno precedente correlato all'effetto combinato della dinamica del case mix e dei volumi nel 2019.

Si registrano risparmi su alcune classi farmacologiche come conseguenza della aderenza agli esiti di gara (tra queste la classe degli antivirali, HIV in particolare).

Nel 2019 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. Analogo modello è stato adottato presso la UO Oncologia con la presa in carico dei pazienti in terapia orale.

A fronte comunque di tendenziali aumenti in varie aree, a seguito del riscontro di uno spostamento della casistica verso fasce più alte di complessità, in particolare per quella di tipo chirurgico (quindi a maggior assorbimento di device), e all'implementazione di tecniche/metodiche e linee di attività che contribuiscono a realizzare miglioramenti della capacità di risposta anche in termini di qualità e outcome (es. mininvasiva, interventistica radiologica, NGS per analisi mutazionale, ecc).. sono state sviluppate azioni volte a promuovere e sostenere il governo e la responsabilizzazione sull'appropriato utilizzo dei principali fattori produttivi, tra le quali si richiamano:

- promozione delle attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego attraverso il Nucleo di Valutazione Provinciale dei DM (NPV) e la CDM AVEN in aderenza alle linee d'indirizzo della CRDM ,
- Utilizzo degli indicatori regionali di spesa per paziente per alcune CND mirate e per tipologia di intervento (SDO selezionate), al fine di poter ridurre la spesa per singolo paziente per quell'intervento quando tale costo si discosta dalla media regionale. Di seguito i trend relativi a protesi d'anca, PM, defibrillatori

(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 e riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività integrata

Come esplicitato nei diversi documenti di programmazione aziendale, la Direzione, anche in ragione degli indirizzi negli anni formulati in sede regionale, ritiene che l'integrazione interaziendale rappresenti un'opportunità per il perseguimento di maggiore efficienza, ma anche per una gestione coerente a livello provinciale, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, anche nell'ottica di miglioramento dell'offerta di servizi.

In area tecnico amministrativa il processo si è avviato con uno sviluppo graduale, dapprima in alcune funzioni con progetti specifici, in seguito con una visione ampia che ha di fatto coinvolto gli interi apparati di AOU e AUSL provinciali. Infatti a far data dal 2016 sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state definite 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. Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2019 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali

.Per quanto riguarda la riorganizzazione dei Dipartimenti ad attività integrata, al fine di migliorare ulteriormente il governo clinico dell'assistenza e dei percorsi di cura delle principali patologie e favorire un'ottimale integrazione delle discipline chirurgiche e mediche internistiche di branca e interventistiche finalizzate a garantire il massimo dell'appropriatezza e dell'efficienza di assistenza dei distretti cardiologico-cardiochirurgico, toraco-polmonare e vascolare nel 2019 si è assistito ad un riassetto organizzativo. Si è avuta la riorganizzazione dell'area chirurgica in tre ambiti diversificati mediante l'applicazione dei tre essenziali criteri di aggregazione dei dipartimenti.

(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. 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.

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, perseguendo il miglioramento dei livelli di invio.

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

Adempimenti nei flussi informativi

In prosecuzione a quanto già avviato negli anni precedenti, l'Azienda ha effettuato tempestivamente l'invio dei flussi informativi, presidiando il rispetto delle scadenze e la qualità dei dati inviati.

Ha tale scopo l'azienda ha partecipato agli incontri tenutesi in Regione e approfondito in sede le tematiche prevalenti emerse con i servizi interessati.

In particolare, nel corso del 2019 è proseguito e si è ulteriormente rafforzata l'implementazione del 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 nel corso del 2019, ha visto 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 e Regionale, quali per esempio la % di copertura del flusso DIME sul CE e il costo per paziente di determinati dispositivi medici, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dei dati inviati, conseguendo risultati positivi.

Si è inoltre sviluppata l'analisi dei flussi FED e AFO, con particolare attenzione alle aree di sovrapposizione degli stessi e alla corretta alimentazione delle diverse modalità di erogazione dei farmaci nel flusso FED. Con particolare riferimento a quest'ultimo e a supporto del Servizio Farmacia, si è provveduto ad effettuare un approfondimento delle modalità operative ed organizzative che portano all'inserimento nel flusso dei farmaci a compensazione.

Per quel che riguarda i flussi clinici, ed in particolare i flussi RERAI e REAL che presentavano le criticità maggiori, un importante lavoro è stato svolto in sincrono con le Unità Operative ed i Servizi interessati per risolvere i problemi tecnico/organizzativi e rendere possibile l'invio dei record, raggiungendo risultati ragguardevoli sia in termini quantitativi che qualitativi, nell'ultimo invio effettuato.

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

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno

Le Aziende Sanitarie di Parma hanno avviato una intensa attività per supportare la complessiva realizzazione del PAC. Essa prevede la redazione di una serie di procedure, modellate direttamente sulle varie attività dell'Azienda e finalizzate ad uniformare e formalizzare standard organizzativi, contabili e procedurali svolti dai vari operatori.

La Struttura di Internal Auditing ha tracciato un percorso condiviso con le strutture direttamente coinvolte offrendo la possibilità di partecipare ad un percorso di riorganizzazione progettazione e gestione del sistema amministrativo-contabile al fine sia di garantire il rispetto dei nuovi adempimenti normativi, sia di favorire la crescita del livello di qualità dei dati amministrativi. Ciò che si è voluto proporre al personale dell'Azienda, è innanzitutto un cambiamento culturale nell'approccio al lavoro basato sul controllo interno, di conseguenza, si è operato all'interno di un processo fortemente dinamico coinvolgendo tutte le strutture amministrative nella costruzione del framework metodologico per le procedure utilizzando un approccio in grado di avvicinare la struttura contabile a quella amministrativa. Tale percorso ha consentito di accrescere le competenze e la professionalità degli operatori perfezionando gli strumenti di controllo interno.

In particolare, la struttura di Internal Auditing ha svolto attività di consulenza/collaborazione; attività strutturali; follow up e attività progettuali.

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

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

L'Azienda ha sempre perseguito una politica di protezione e di riservatezza dei dati personali mediante un sistema aziendale che, già nella vigenza della precedente normativa, prevedeva anche attribuzioni di responsabilità a vari soggetti. L'Azienda ha dovuto pertanto adeguare il proprio operato in tale materia tenendo conto delle nuove previsioni, anche avvalendosi della figura, a supporto del Titolare, del Responsabile della Protezione dei dati (c.d. RPD o DPO). Tale figura, divenuta obbligatoria per le Pubbliche Amministrazioni, è stata designata, così come consentito dall'art. 37 del GDPR, per le Aziende USL di Parma e Piacenza e per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Tale figura svolge diverse funzioni, tra le quali sono importanti da ricordare attività volte a realizzare un sistema di "Informative stratificate", a garanzia dell'effettività dei diritti degli interessati (artt. 13- 14 GDPR); sistema delle designazioni e organigramma privacy (art. 29 GDPR); il trattamento "per conto" del titolare (art. 28 GDPR); il Registro delle attività di trattamento; il manuale aziendale in materia di trattamento dei dati personali e il DSE e la partecipazione di Strutture e Servizi e la formazione.

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

Anticorruzione e Trasparenza

In area Trasparenza e Prevenzione della Corruzione il Piano Performance 2018/2020 riporta i 4 macro obiettivi strategici sempre riportati nei documenti di pianificazione annuale, i quali informano le politiche definite in ogni annualità e forniscono i punti ai quali devono ispirarsi obiettivi e azioni concrete per le articolazioni aziendali: impegno, adempimento, miglioramento organizzazione e attività, promozione cultura della legalità.

In separata rendicontazione sono considerati i temi particolari riconducibili alla DGR 977/2019 di programmazione annuale per l'area della trasparenza e della prevenzione della corruzione: la piena attuazione del Codice di Comportamento, con la riproposizione dell'acquisizione della modulistica operativa nella piattaforma GRU in materia di conflitti di interesse, l'adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata. Detti temi sono riconducibili in via generale e specifica ai Codici di Comportamento approvati in tutte le Aziende Sanitarie regionali, secondo uno schema unico approvato a livello regionale. Seppure i temi Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituiscano un sistema unitario, si ritiene di sottolineare di seguito alcune attività riferite, in parte, ai diversi ambiti quali la prevenzione della corruzione e la complessa problematica della trasparenza.

(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 2019 per perseguire tali obiettivi.

Per quanto riguarda le attività di monitoraggio e verifica, nel 2019 sono state intensificate le attività di monitoraggio della qualità degli studi in atto nell'AOUPR. Nel 2019 l'attività è stata incrementata attuando la verifica della correttezza dei procedimenti seguiti in ogni singolo studio; in particolare, l'intento è stato quello di favorire comportamenti conformi alla normativa nazionale vigente e al regolamento internazionale (GCP, Good clinical practice - insieme di regole che ne disciplinano la correttezza della

conduzione). Nel corso del 2019: a) sono state effettuate 13 visite di monitoraggio su studi clinici promossi dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ed è stata avviata una ulteriore azione di monitoraggio, volta in particolare a favorire la diffusione dei risultati della ricerca. 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 2019 si è proseguito con il ciclo di incontri aperti al pubblico denominato "La Ricerca Scientifica Spiegata ai Pazienti". Diffondere la ricerca dell'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 tal fine in particolare, nel 2019 è stata creata sul sito istituzionale una sezione ad hoc (altri contenuti/informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci), in ottemperanza alla normativa di riferimento (Decreto Legislativo n. 52 del 14/05/2019) e alla nota regionale PG/2019/0915511 del 17/12/2019.

(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, 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.

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 50 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 in altrettanti ambiti, tra cui infermieristica; ostetricia, tecniche di laboratorio biomedico; fisioterapia; tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia; tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; scienze infermieristiche ed ostetriche (Laurea Magistrale).

(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 2019 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.

(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 tramite apposite convenzioni.

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, l'Università degli Studi di Parma, in accordo con il Comitato di Indirizzo Regionale, ha proposto ulteriori sedi.

In tale contesto 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 è garantita da atti convenzionali stipulati, ai sensi dell'art. 2 c. 4 del Dlgs. 517/99, d'intesa tra l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda Sanitaria Locale di Parma.

In base a quanto previsto dal Protocollo di Intesa Regione-Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha inoltre rilasciato in data 22 novembre 2019 l'assenso alla proposta dell'Ateneo di Parma per l'individuazione della sede ulteriore di Azienda sanitaria diversa dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di

Parma, relativamente alla sede ulteriore U.O.C. "Ortopedia e Traumatologia" dell'Ospedale "Guglielmo da Saliceto" dell'AUSL di Piacenza, per lo svolgimento dell'attività didattica teorico-pratica prevista per gli insegnamenti inerenti il settore scientifico disciplinare MED/33 Malattie apparato locomotore e per l'effettuazione del percorso formativo della scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia.

Per tale individuazione di sede ulteriore, rispetto alla sede di riferimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sono stati raccolti i necessari pareri del Comitato Regionale di Indirizzo (seduta del 18/12/2019), della CTSS (seduta del 11/12/2019) e del Comitato di Indirizzo Aziendale (2/01/2020).

L'individuazione di tali strutture quali "sedi ulteriori" per lo svolgimento di compiti didattici e scientifici, favorisce l'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.

(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

Nell'anno precedente si sono svolte diverse attività formative nelle quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d'aula all'esperienza di lavoro.

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

Valorizzazione capitale umano

Essa ha come obiettivo quello di 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 attraverso tre fondamentali aree di sviluppo: il sistema d'incentivazione del personale dirigente; il sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto e la valutazione delle competenze.

(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 2019, 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 2019, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, si rileva un costante miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci.

L'andamento economico è stato oggetto di una costante e attenta attività di controllo e monitoraggio attraverso incontri promossi e strutturati della Direzione aziendale con i Servizi aziendali gestori di budget al fine di valutare eventuali criticità così da porre in essere azioni correttive tempestive e condivise. E' altrettanto oggetto di costante analisi la sostenibilità patrimoniale dell'Azienda e la struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. Gli incontri periodici del board degli investimenti sono infatti indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto.

Nel corso del 2019 sono proseguite le azioni, già intraprese, per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi. La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono stati i presupposti per la corretta relazione col mercato e per la tempestività dei pagamenti.

Nel 2019 ha preso avvio il modulo della Gestione Regionale Dati finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi economici e patrimoniali per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP).

Inoltre, è proseguito nel 2019 implementazione del sistema di governance degli acquisti. A tal fine l'Azienda si è impegnata:

- garantire la partecipazione incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- a garantire l'adesione tempestiva ed efficace alle iniziative di acquisto regionali.

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

Governo delle risorse umane e “Percorso Interaziendale di attuazione del sistema di valutazione integrata del personale”

Per l'anno 2019 l'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2019-2021 approvato in via definitiva con deliberazione n. 1266 del 06.11.2019

E' stato istituito un Tavolo di lavoro interaziendale a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906), che ha elaborato una proposta di definizione/revisione di criteri, modalità operative e strumenti per la valutazione annuale di risultato e per la valutazione individuale delle competenze secondo le linee previste nella delibera 5/2017 OIV-SSR, nelle priorità stabilite dall'OIV-SSR e nel Piano interaziendale stesso.

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

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

Per quanto riguarda la gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e il governo degli investimenti essi hanno subito un importante processo di razionalizzazione che ha interessato i seguenti aspetti: piano degli investimenti; gestione del patrimonio immobiliare; uso razionale dell'energia e gestione ambientale.

Il piano delle attività 2019 per le tecnologie biomediche è stato concluso e, tra gli altri interventi, si ricorda che grazie a un importante contributo da parte di Fondazione Cariparma, nel corso del 2019 sia stato possibile acquisire il robot chirurgico Da Vinci, una tecnologia di fondamentale importanza per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, che rappresenta un'assoluta eccellenza tecnologica nel contesto provinciale e regionale, consentendo di evolvere verso le più moderne tecniche chirurgiche in un ampio range di discipline specialistiche.

Il percorso di acquisizione ha seguito le necessarie procedure istruttorie di discussione nell'ambito del GRTB regionale da parte del servizio competente (ingegneria clinica).

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

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance

Gli indirizzi strategici su cui si è impegnata l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma nell'anno 2019, derivati dal Piano della Performance 2018-2020, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta, 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 2019 e, per un maggiore approfondimento, è possibile fare riferimento al documento allegato di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR "977/2019 " ed alla rendicontazione degli Obiettivi di Mandato 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. Si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Al 22.11.2019 si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 468 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo e delle note a corredo delle prestazioni.

Nel 2019 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' 85% rispetto al numero di viste 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 2019 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.

Nel 2019 i tempi di attesa delle prestazioni a monitoraggio sono stati costantemente monitorati e presidiati, si è inoltre proceduto a stilare le caratteristiche qualitative della composizione delle agende nel contesto del nuovo piano liste di attesa che è stato condiviso tra le aziende sanitarie ed i principali erogatori AUSL.

Questo Piano per il Governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021 deliberato il 24 giugno 2019 adottato d'intesa con

l'azienda AUSL di Parma, pone particolare enfasi al percorso di circolarità prescritto- prenotato – erogato al fine di alimentare correttamente i flussi previsti.

E' 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, ma in miglioramento nel secondo semestre del 2019.

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. Tale indicazione è stata inserita nel nuovo piano liste di attesa e sono state informate le strutture eroganti coinvolte. Riguardo il numero delle prescrizioni formulate dagli specialisti è necessario un approfondimento dell'intero processo di individuazione del prescrittore partendo dalla anagrafica dei prescrittori. Il totale delle prescrizioni con riprenotazione interna nel 2019 ammonta a 248.905.

L'obiettivo relativo al numero delle prescrizioni delle visite di controllo da parte degli specialisti sulle prescrizioni totali delle visite di controllo ha raggiunto pienamente il target grazie ad azioni di sensibilizzazione messe in campo.

Sviluppo del Day Service Ambulatoriale- Gestione delle Agende

Nel corso del 2019 in Azienda Ospedaliero-Universitaria è proseguita l'attività di DSA rivolta ai pazienti, 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 2019 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. Inoltre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha Deliberato, in maniera congiunta con l'AUSL di Parma, il piano provinciale di Governo delle liste d'attesa nel quale sono indicate le azioni che, per il triennio 2019-2021 saranno intraprese per il raggiungimento dei nuovi standard della DGR 603/2019.

A fronte di un netto miglioramento di tutti i tempi d'attesa per patologia oncologica ed ortopedica (protesi d'anca), rimangono critici anche se in miglioramento i tempi d'attesa per la chirurgia generale, particolarmente accentuati dall'inserimento, tra gli interventi monitorati, della colecistectomia videolaparoscopica.

L'Azienda ha provveduto a formalizzare i seguenti accordi per la proposta di una sede alternativa al ricovero:

- 1) Protocollo per l'esecuzione di interventi di colecistectomia VDL e interventi per ernia inguinale presso l'Ospedale di Borgotaro;
- 2) Protocollo per l'esecuzione di interventi di chirurgia generale presso i tre Ospedali Privati accreditati della provincia

- 3) Protocollo per l'esecuzione di interventi di urologia presso l'Ospedale di Fidenza finalizzato a ridurre i tempi d'attesa dei pazienti inseriti in lista d'attesa presso l'Urologia di Parma.

Nel 2019 si evidenzia per i tumori selezionati un indice di performance pari al 93,22 % consolidando il trend dell'anno precedente. Anche per le protesi d'anca (89,7%, + 56%) e per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (70,6%, +10,9%) si registrano indici di performance in miglioramento.

Il netto miglioramento dell'indice di performance delle protesi d'anca è stato determinato grazie ad un progetto di riorganizzazione dell'area ortopedica, con distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto anche un aumento delle sedute operatorie dedicate alla casistica in elezione, nonché, in generale, da azioni di miglioramento e perfezionamento organizzativo-gestionale implementate nel corso del 2019.

Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio nel 2019 si è osservato un trend in netto miglioramento, evidenziando nella casistica relativa al bypass, coronarografia, pcta, endoarteriectomia carotidea, biopsia percutanea del fegato, tonsillectomia un indice di performance superiore al 90%; sono sotto al target gli interventi di colecistectomia laparoscopica, emorroidectomia, e riparazione ernia inguinale, per le quali l'azienda ha attuato accordi con il privato accreditato che progressivamente stanno agendo in maniera positiva sulla performance di risposta.

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

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 2019 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 a partire da luglio 2019 (chirurgia generale e urologia). Le attività di cui sopra hanno come obiettivo l'aumento delle sedute operatorie programmate per l'abbattimento dei tempi d'attesa. Nel corso del 2019 si è verificato anche un problema tecnico di mancato invio delle sospensioni che ha particolarmente inciso, fino alla sua risoluzione, sull'indice di performance.
1. **Implementazione del Progetto di riorganizzazione delle sale operatorie con particolare riferimento alla separazione dell'attività di urgenza da quella di elezione mediante** il progetto di istituzione del Comparto Operatorio Emergenza-Urgenza (COE), nonché verticalizzazione delle sedute operatorie con maggiore disponibilità delle sale e ulteriore ampliamento di disponibilità di sedute operatorie (a partire dal mese di ottobre 2019);
2. **Attività del Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP).**
Prosegue l'attività da parte della Funzione del 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.

Nel 2019 il PUAP (punto unico aziendale prericoveri) ha intensificato le attività di supporto ai prericoveri per la corretta gestione delle liste d'attesa con particolare riferimento alle classi A. Per l'Urologia, una delle U.O. più critiche in questo ambito, è stata attivata un protocollo per il trasferimento di pazienti all'Ospedale di Fidenza. Tali attività sono state effettuate in linea con le indicazioni del **Regolamento per la Gestione delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati formalizzato nel 2018.**

3. **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 del 98% 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

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

L'AOU di Parma nel corso del 2019 ha proseguito le azioni a supporto del miglioramento continuo dell'appropriatezza nell'utilizzo dei vari setting assistenziali e, quindi, coerentemente con l'organizzazione, al governo e trasferimento eventuale della risposta verso il setting assistenziale più appropriato. Questo ha consentito di consolidare la performance in relazione ai drg ad alto rischio di inappropriatezza conseguendo il target atteso, e riducendo di circa il -3,9% il numero assoluto di casi rispetto all'anno 2018.

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.. Si sono avuti 151 casi nel 2019 rispetto ai 120 casi del 2018, pertanto vi è stato un sensibile aumento rispetto all'anno precedente.

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.

Anche nel 2019 l'AOU di Parma ha garantito le attività di un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377/2013 e proseguendo il 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.

E' proseguita nel 2019 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 3,45%, al di sotto della media regionale, pari al 4,81%. Tale risultato è stato ottenuto anche grazie alla rivisitazione del percorso di accesso alle metodiche farmacologiche di controllo del dolore nel parto, in collaborazione con la 2^a Anestesia, Rianimazione e Terapia antalgica, con l'istituzione di un incontro quindicinale con la popolazione di donne gravide, al fine di produrre una migliore e più equa informazione.

Inoltre, sempre nell'ambito dell'appropriata assistenza al parto, nel 2019 il ricorso al taglio cesareo complessivamente è sceso al 22,36% (al di sotto quindi della media regionale, pari a 24,18%), mentre il taglio cesareo primario si è avuto nel 14,21% dei casi, a fronte di un dato atteso quale centro HUB inferiore al 25% (DM70) e con una media regionale del 16,55%; la percentuale di parti cesarei nella 1^a classe di Robson è stata pari 8,03%, con un risultato atteso quale Centro Hub uguale o inferiore al 9% (media regionale 6,73%). 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.

Nel 2019 il Centro Procreazione Medicalmente Assistita (CPMA) ha aderito alle indicazioni regionali relative all'acquisizione dei gameti da banche estere. E' stata completata la procedura operativa (PO 23) per la richiesta informatizzata sul sistema SOLE di gameti sia maschili che femminili, concordata fra il CPMA, la farmacia aziendale e gli uffici amministrativi, che è stata inviata in data 28-01-2020 alla Direzione per l'autorizzazione e formalizzazione.

Attualmente ci sono 70 coppie in lista di attesa. Sulla base delle tempistiche di invio dei gameti (circa 4 mesi) e l'inizio dei cicli, a inizio del 2020 si è ipotizzato di effettuare durante l'anno almeno 25 cicli.

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 esteso al 31.12.2019.

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 2019, 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.

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 epidemiologici 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.

Tra le attività che vale la pena ricordare:

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", in AOUPR è proseguito il 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.

Anche nel 2019 l'UOC di Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva in sintonia con l'OMS ha intrapreso un progetto che prevede la sensibilizzazione dell'adesione all'igiene delle mani, in quanto tale pratica si può considerare come il biglietto da visita di ogni operatore, e contestualmente di una sanità più sicura. Il richiamo ai Professionisti è di grande importanza, in quanto si tratta di un gesto semplice, poco costoso e di provata efficacia per prevenire le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). Il progetto ha rimarcato l'importanza del fatto che tutti gli operatori sanitari sono tenuti a svolgere educazione sanitaria nei confronti dei pazienti, dei familiari e/o caregivers, dei visitatori.

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 2019, 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 database 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.

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.

Già a partire dal 2018, la nostra Azienda, ha 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) –*

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 in GAF (Gestione Accoglienza Flussi) 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.

Nell'anno 2019 il livello complessivo di adesione delle UU.OO. chirurgiche è passato dal 38% delle procedure Sorvegliate del Primo Sememstre 2019 all' 88,2 % del II Semestre 2019 grazie all'intensa attività di sensibilizzazione e grazie all'impegno di tutti i professionisti coinvolti.

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 2019, il Servizio Sociale Ospedaliero ha proseguito 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. Nel 2019 il programma di screening ha pienamente conseguito il valore percentuale ottimale del 60% della popolazione target (donne di 25-64 anni), raggiungendo un valore superiore al valore regionale e in miglioramneto rispetto all'anno precedente.

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. Nel 2019 il programma di screening ha conseguito il valore percentuale del 50% della popolazione target (persone 50-69 anni) compatibilmente con il modello organizzativo adottato che prevede il coinvolgimento del volontariato.

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.

Nel 2019 il programma di screening ha conseguito il valore percentuale del 50% della popolazione target (donne 45-74 anni).

Area Produzione - Prevenzione: indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSPU PARMA 2019 - Risultato raggiunto
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	39.46	22.93%		miglioramento	* 27%

All'interno dell'AOSP di Parma la copertura vaccinale per la Sindrome Influenzale ha raggiunto la percentuale maggiore rispetto all'anno precedente in virtù del fatto che gli Operatori hanno effettuato anche fuori dall'Ospedale la vaccinazione a seguito del ritardo nella consegna dei vaccini alle aziende.

Area Accesso e domanda: indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato aziendale atteso 2019	AOSPU PARMA Risultato raggiunto 2019
% abbandoni dal Pronto Soccorso	5.05	4.14	5.04	consolidamento	3.99
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	69.02	87.68	64.81	consolidamento	86.2
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60.35	56.59	59.02	consolidamento	57.66
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	88.36	90.09	89.30	miglioramento	93.22
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	89.45	33.65	93.11	miglioramento	89.7
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	80.72	59.74	85.25	miglioramento	70.58

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. Per lo STAM non si sono registrate problematiche particolari relativamente agli STAM, con 13 trasferimenti di pazienti gravide provenienti da altri ospedali (5 da Piacenza e 8 da Fidenza). Non sono invece stati effettuati trasferimenti in utero dall'AOU presso altri ospedali.

Per quel che riguarda lo STEN, nel corso del 2019 si è provveduto alla riorganizzazione del percorso assistenziale STEN per mantenere e potenziare i livelli qualitativi e gli standard offerti dalla Neonatologia in stretta collaborazione con gli ospedali limitrofi, Piacenza e Fidenza, con cui c'è stato un confronto attivo.

La procedura STEN, in prima stesura il 03/06/2016, è stata revisionata, e sono state costruite due schede (parte A e parte B), per la tracciabilità dell'evento 'trasporto' in tutte le sue fasi (contenimento del rischio clinico) e per il necessario 'handover' del neonato critico, in un percorso di cura continuo e coerente nel tempo.

La Parte A è scheda da compilare a carico della Struttura Spoke e contiene informazioni sui dati anagrafici del neonato, motivo del trasferimento, motivo del mancato trasporto materno, tipologia trasporto (urgente, differibile), condizioni del neonato dal momento dell'attivazione del trasporto, dati anamnestici familiari e della gravidanza, condizioni cliniche del neonato dalla nascita al momento dell'attivazione del trasporto.

La Parte B è scheda da compilare a carico del medico trasportatore del centro HUB e contiene: dati del trasporto (orario di attivazione, di arrivo ambulanza, di partenza dal centro HUB, di arrivo al centro Spoke, di ripartenza dal centro Spoke, di arrivo in sede o in altro ospedale). Dati del neonato dal momento della presa in carico, interventi eseguiti dall'equipe di STEN ('stabilizzazione'), monitoraggio e assistenza durante il trasporto, condizioni del neonato all'arrivo in ospedale di destinazione.

Ogni scheda di trasporto (parte A e B) viene custodita a cura del Direttore UOC Neonatologia con le seguenti finalità: archivio dati trasporto neonatale, rendicontazione annuale del numero dei trasporti effettuati, relazione di fine anno sui dati relativi allo STEN, condivisione con i Centri coinvolti per bench marking.

E' stato acquisito dall'UO Neonatologia un nuovo monitor dedicato allo STEN. Grazie all'innovazione della tecnologia, il monitor fornisce una valutazione integrata dei parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, saturazione periferica dell'ossigeno, respiro) ed elettrocardiogramma completo, a 12 derivazioni, per la precoce identificazione di eventuali alterazioni elettriche del miocardio anche durante il trasporto.

Sono state individuate azioni di miglioramento nell'ottica dell'assistenza neonatale centrata sulla famiglia e al progressivo cambiamento delle esigenze familiari alle quali abbiamo assistito negli ultimi anni: - l'appropriatezza del ricovero sulla base delle condizioni cliniche presentate dal neonato; - l'implementazione del back transport (rientro del neonato post critico nell'ospedale di residenza).

I dettagli organizzativi sono stati completati. Nel corso dell'anno 2020, con l'acquisizione del personale dirigente medico necessario, la procedura verrà attivata con progressiva gradualità. Avvio con copertura in fascia diurna (8-20), e obiettivo di raggiungimento di copertura h 24 in fase successiva.

Reti Regionali e Modello Hub e Spoke

Rete dei Centri di Senologia

Nel 2019 il numero di interventi raggiunto è stato di 427 pazienti .

Rischio eredo-familiare per il carcinoma della Mammella e dell'Ovaio

La rete Hub e Spoke per la valutazione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della Mammella e dell'Ovaio è stata istituita a livello regionale con la DGR 220/2011. Il bacino di utenza, per quanto riguarda la funzione HUB dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è rappresentato dalle province di Parma e Piacenza (attività ambulatoriale per counselling oncogenetico di profili ad alto rischio, attività di laboratorio di genetica molecolare per la ricerca di mutazioni predisponenti al carcinoma mammario e/o ovarico, attività di valutazione dell'attività e di genetica epidemiologica in collaborazione con i Registri Tumori e con lo screening mammografico). La funzione Spoke attiene all'utenza della sola provincia di Parma (Oncologia Medica e Genetica Medica).

Il Servizio di Genetica Oncologica per i tumori eredo-familiari di mammella e ovaio della AOU di Parma si avvale inoltre del Day Service Ambulatoriale per la sorveglianza intensiva delle donne ad alto rischio di insorgenza tumorale, in collaborazione con il Centro di Radiologia Senologica (Centro Senologico), la UO di Ginecologia e Ostetricia e la UO di Diagnostica Ematochimica.

Nel 2019 sono state effettuate 500 consulenze multidisciplinari genetico-oncologiche come funzione Hub e 200 visite Spoke. Il numero di test molecolari effettuati nel 2019 è stato di 370.

Rete Neuroscienze

La Rete Neuroscienze dell'AOU di Parma, che comprende la Neurochirurgia, la Neuroradiologia, la Neurologia e il Programma Stroke Care, si inserisce nella rete regionale con riferimento all'Area Emilia Occidentale, che insiste sulle province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia. A livello normativo il primo riconoscimento della rete si è avuto con la DGR 1267 del 2002, poi successivamente aggiornata con la DGR 972 del 25/06/2018.

Obiettivo della Rete è Garantire le migliori prestazioni assistenziali ad alti standard di qualità in rapporto alla tipologia delle prestazioni neurochirurgiche (neoplastiche, vascolari e traumatologiche) e di Neuroradiologia interventistica che richiedono adeguata expertise degli operatori e tecnologie di elevato costo e complessità.

I nodi della Rete sono rappresentati per l'Area Emilia Occidentale dal Centro HUB, costituito dalla Neurochirurgia, Neuroradiologia e Neurologia-Programma Stroke Care dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, mentre i Centri Spoke sono gli Ospedali di Piacenza e provincia (Castel S. Giovanni, Fiorenzuola, Villanova d'Arda), gli Ospedali AUSL Parma (Fidenza e Borgo Val di Taro) e, infine, gli Ospedali di RE e provincia (Scandiano, Guastalla, Montecchio, Castelnovo nei Monti, Correggio). L'ospedale di Reggio Emilia è uno spoke con attività neurochirurgica d'urgenza in sede (con equipe neurochirurgica dell'AOU di Parma).

I documenti di riferimento della Rete sono le convenzioni con Piacenza, Reggio Emilia e AUSL di Parma per la Neurochirurgia, la Procedura per la tele consulenza e il Percorso "Trattamento Trombolitico nell'ictus ischemico acuto".

Rete dei tumori rari

Nel 2019 i professionisti dell'AOU di Parma hanno garantito la partecipazione a tutti i gruppi di lavoro regionali inerenti la riorganizzazione delle reti dei tumori rari nella regione Emilia Romagna.

I documenti relativi alle reti dei GIST e Sarcomi viscerali, dei tumori rari neuroendocrini, cerebrali e Sarcomi ossei dell'adulto, che prevedono una organizzazione Hub e Spoke, non sono ancora stati formalizzati.

Rete delle cure palliative pediatriche

In data 15/05/2019 è stato organizzato da AUSL di Parma, in collaborazione con AOU, incontro del Gruppo di lavoro interaziendale UVMP sulle CPP presso la Direzione Sanitaria di AOU, con la partecipazione delle Direzioni Sanitarie con rendicontazione della casistica 2018 dei casi eligibili per CPP con compilazione di check list trasmessa dalla Regione.

I referenti delle CPP di AUSL ed AOU hanno partecipato alle riunioni della RLCP interaziendale, di cui la Rete delle Cure Palliative Pediatriche fa parte, nelle sedute di Febbraio e Giugno 2019.

Ai sensi della determinazione regionale n. 2726 del 01/03/2018 "Costituzione gruppo tecnico professionale regionale della rete per le cure palliative pediatriche, ai sensi delle DD.GG.RR. n. 1898/2013 e n. 2188/2017" per quanto concerne le Aziende AOU e AUSL di Parma, è stata nominata referente aziendale che ha partecipato al Gruppo Tecnico.

Secondo la DGR n.857 del 31 Maggio 2019 avente come oggetto "Provvedimenti in ordine alla definizione dell'assetto della Rete delle Cure Palliative Pediatriche dell'Emilia Romagna, in attuazione della Legge n. 38/2010", è stata nominata dalle 2 aziende sanitarie della provincia di Parma la Responsabile del PUAP e dell'UVMP.

In AUSL è proseguita nelle prassi la funzione sperimentale di Punto Unico di Accesso Pediatrico, per raccordo nei percorsi di continuità assistenziale tra nodo ospedale e nodo territorio nei casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale, con funzione di supporto per stesura PAI nei nuovi casi in collaborazione con i professionisti coinvolti.

Malattie Rare

L'AOU di Parma, all'interno della rete regionale comprende 18 centri di riferimento per le malattie rare, di cui due Centri HUB, Malattie Emorragiche Congenite e Fibrosi Cistica (non rientrante nella classificazione di Malattia rara, ma di fatto tale considerata nella RER).

- 1) Fibrosi Cistica
- 2) S.S.D. Cardiologia Pediatrica
- 3) U.O. Chirurgia Pediatrica
- 4) U.O. Chirurgia maxillo-facciale
- 5) U.O. Dermatologica
- 6) U.O. Neurologia
- 7) U.O. Clinica Pediatrica
- 8) U.O. Clinica Pneumologica
- 9) U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
- 10) U.O. Genetica medica
- 11) U.O. Nefrologia
- 12) U.O. Neonatologia
- 13) U.O. Oculistica
- 14) U.O. Pediatria e Oncoematologia
- 15) U.O. Pneumologia ed Endoscopia Toracica

- 16) SS.UO Medicina Interna e Reumatologia
- 17) U.O. Chirurgia Plastica e Centro Ustioni
- S.S.D. Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite

In totale, tali centri certificano circa 400 patologie rare. I professionisti dei Centri di riferimento dell'AOU hanno garantito la loro partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla Regione inerente tale rete.

Centro hub Rete Hub malattie Emorragiche Congenite

Il tempo di attesa medio è di 30 giorni, fatto salvo le urgenze, che vengono prese in carico solitamente entro 24-48 ore (esclusi i festivi) e le urgenze differibili entro una settimana. Le urgenze notturne, prefestivi e festivi sono gestite dal servizio Pronto Disponibilità dedicata.

I follow-up vengono programmati direttamente dal Centro, in base alle caratteristiche cliniche e all'età, con tempi medi di attesa di 30-40 giorni.

Il counseling Genetico viene svolta in collaborazione con la biologa molecolare del Centro, e fornita secondo indicazione clinica, in particolare nelle nuove diagnosi, per gli studi famigliari e le diagnosi prenatali. 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. Dal 2019 è attiva, oltre a Emofilia A, difetto fattore VII e XI, la diagnostica molecolare per la malattia Von Willebrand disponibile per la Rete regionale.

Al momento non è ancora stato definito un percorso aziendale inerente le consulenze psicologiche. L'Associazione pazienti (AVES-Parma) ha attivato dal 13/12/19 una convenzione per progetto "Punto di ascolto" attivo presso il Centro due volte a settimana (nei giorni del check-up multidisciplinare) con attività di accoglienza e di supporto psico-pedagogico.

In merito all'individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta .

Il percorso di transizione dall'età pediatrica all'età adulta non si rende necessario in quanto il Centro Emofilia gestisce i pazienti dalla diagnosi (anche in età neonatale) fino all'età adulta. Il Centro Emofilia si avvale, in caso di necessità, di una stretta collaborazione con la U.O. Pediatria ed Oncoematologia.

Centro Hub Regionale Fibrosi cistica

Il tempo di attesa medio per la presa in carico del paziente con prima visita è di circa 7 giorni, una volta fatta la diagnosi.

I pazienti attualmente in carico al Centro HUB Fibrosi Cistica di Parma sono 178, di cui 125 con età maggiore di 18anni (70%). Nel 2019 sono stati acquisiti dal Centro HUB 14 nuovi pazienti, di cui 13 nuove diagnosi e 1 trasferimento da altro centro.

L'attività assistenziale relativa alla Fibrosi Cistica 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 di età si effettua una visita ogni mese; per le età successive, la visita di controllo viene effettuata ogni 2-3 mesi (in media 5 visite/anno per paziente). A questa programmazione, fanno eccezione 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 caso di emergenza (es. emottisi), viene effettuato il ricovero ospedaliero urgente (presso la degenza della Clinica Pediatrica e della Clinica Pneumologica, per i pazienti adulti).

Per quanto riguarda il counselling genetico, viene effettuato dalla Genetica Medica dell'AOU di Parma principalmente sui genitori al momento della diagnosi, per le nuove gravidanze nelle famiglie dei malati e 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 un mese, in caso di urgenze (es. con gravidanza in atto) il tempo è di circa una settimana. La prenotazione della consulenza viene gestita e prenotata direttamente dal Centro Fibrosi Cistica con la Genetica Medica, mentre per i pazienti non appartenenti al Centro è possibile la prenotazione al CUP.

In merito all'assistenza psicologica La psicologa fa parte a tempo pieno del team multidisciplinare dedicato alla cura del paziente con FC. L'attività comprende: colloquio e valutazione della qualità di vita e del tono dell'umore, mediante somministrazione di questionari specifici almeno 1 volta all'anno a tutti i pazienti. Inoltre, vengono effettuati colloqui con i pazienti o con i familiari, ogni volta che vi sia la necessità. La richiesta di assistenza psicologica viene presa in carico entro 24 ore dalla richiesta, sia per pazienti ambulatoriali, che per pazienti ricoverati. Nel 2019 sono stati effettuati 200 colloqui su pazienti ambulatoriali e 100 su pazienti ricoverati.

In merito all'individuazione di percorsi di transizione dell'età pediatrica Il percorso di transizione dall'età pediatrica all'età adulta prosegue nella collaborazione con la UO Clinica Pneumologica, iniziata nel 2009, che prevede il progressivo passaggio dei pazienti con FC con età maggiore di 18 anni ad un team di cura, che ha come referente clinico il pneumologo. La Clinica Pneumologica dell'AOU di Parma rappresenta uno dei Centri Spoke per il paziente adulto, insieme alle altre Unità Operative di Pneumologia delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ferrara.

Centro Hub della Rete Regionale della Terapia del Dolore

L'AOU di Parma è Centro Hub della Rete Regionale della Terapia del Dolore, come da DGR 792/2019. E' in via di definizione la formalizzazione dell'assetto organizzativo del Centro HUB di Parma, secondo le nuove indicazioni regionali, in considerazione della recente istituzione della SSD Terapia Antalgica.

Grandi ustioni

Il Centro grandi Ustionati dell'AOU di Parma, all'interno della rete regionale attivata nel 2002, rappresenta il centro HUB per l'Area Vasta Emilia Nord, che vede come Centri spoke afferenti l'AUSL di Piacenza, l'AUSL di Parma (Ospedale di Fidenza), l'AUSL di Reggio nell'Emilia e l'AOU-AUSL di Modena. Si occupa dell'assistenza al paziente ustionato grave che necessita di intervento chirurgico o trapianto di cute o manovre cliniche intensive. Nel 2019 sono stati trattati 109 casi rispetto ai 117 casi del 2018. Si è osservato un'implementazione della complessità in quanto si sono ridotti del 38% i casi con percentuale di superficie corporea inferiore al 20% e sono aumentati del 50% i casi con percentuale di superficie corporea superiore al 30%.

Grandi Traumi

AOU di PARMA nel suo complesso, in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, è specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB con la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato.

Servizio Immunotrasfusionale

Anche nel 2019, come negli anni precedenti, è stata mantenuta l'autosufficienza in ambito provinciale della raccolta di sangue ed emocomponenti, contribuendo all'autosufficienza regionale e nazionale, grazie ad una raccolta di sangue intero che nel 2019 è stata maggiore del 2% rispetto a quella del 2018. Questo ha permesso di rispondere alle necessità cliniche di emazie concentrate (+2,9 %) e, grazie ad una oculata gestione delle eccedenze, è stato possibile contribuire all'autosufficienza extra provinciale con 3.629 unità inviate al Centro regionale Sangue (+5,5 % rispetto al 2018).

E' sostanzialmente scomparso il numero delle unità di emazie eliminate per scadenza (nel 2019 solo 10 unità) pari allo 0,04%. Il conferimento di plasma all'industria per la produzione di plasmaderivati in conto lavorazione è risultata maggiore del 2% (7.735 Kg) , tutto di alta qualità (plasma A e B); infatti, grazie alla modifica organizzativa che ha permesso la lavorazione del sangue intero anche alla domenica, è scomparso dalla produzione il plasma C (da recupero e congelato entro 72 h). E' inoltre stato prodotto un numero maggiore di terapie piastriniche rispetto al 2018 (più 6,4%), in gran parte destinato a pazienti oncoematologici.

Le periodiche riunioni del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (a valenza provinciale) hanno consentito di mantenere sotto controllo l'utilizzo appropriato degli emocomponenti. In aggiunta, il programma Patient Blood Management (PBM) è operativo in AOU, con un ambulatorio dedicato presso il SIMT, accessibile a tutti i reparti dell'azienda, che ha determinato un incremento delle infusioni di Ferro del 35%. Il SIMT partecipa attivamente allo sviluppo delle campagne di promozione della donazione, nello specifico, è in atto un progetto, sponsorizzato dal CRS, per l'implementazione della plasmaferesi e della donazione del plasma.

Il SIMT ha risposto completamente alle necessità previste dal progetto Talassemici di Ferrara e collabora attivamente con l'Oncoematologia pediatrica di Parma alla cura della drepanocitosi (+ 25% eritroexchange rispetto al 2018).

Il Personale incaricato del SIMT e delle Associazioni ha partecipato e partecipa tutt'ora alle attività per l'implementazione del Sistema Informatico Regionale.

E' iniziato il percorso di stipula di convenzione con altre strutture sanitarie nella produzione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale, sulla base DGR 865/2016 (ad oggi attiva 1 convenzione con un Poliambulatorio privato).

Infine, la Medicina Trasfusionale ha supportato con grande efficienza l'attività clinica dell'Ospedale Maggiore di Parma, in particolare, partecipando direttamente ad attività cliniche di altissimo livello, quali i trapianti di staminali aplo-identiche da Donatore familiare per patologie ematologiche e i trapianti di rene da Donatore ABO incompatibile.

Specialità riabilitative

L'AOU di Parma partecipa alle Reti per Riabilitazione gravi mielolesioni, Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite e Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva. Nella rete è integrata con funzione di 2° livello (Spoke), relativamente alla riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione acquisita (progetto GRACER) e delle persone affette da gravi mielolesioni, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina Riabilitativa). La funzione di spoke è sia in riferimento al reparto di degenza Spoke O (ospedaliero), che in relazione al ruolo di gestione dei bisogni riabilitativi nei reparti per acuti Spoke A (Spoke Acuti) e, considerato che l'ospedale è sede di Trauma Center nella rete delle mielolesioni, anche Spoke AT (Spoke Acuti Traumatici). Inoltre, partecipa quale Polo tecnologico multifunzionale (Centri H/S) per le disabilità infantili, alla presa in carico delle gravi disabilità motorie dell'età evolutiva attraverso il Centro regionale per la Spina Bifida.

IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza)

Nel 2019, 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 2019 relativo alla percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche, è pari al 33%, pertanto il risultato registrato è al di sopra del target. Questo è stato conseguito con una serie di azioni di sensibilizzazione e si è cercato di intervenire anche sul percorso organizzativo, ridisegnando, compatibilmente con le risorse, l'iter di risposta. Tra queste azioni si annovera quella di distribuire i casi su due sedute a settimana che è diventata pienamente operativa da gennaio 2020, con un impatto positivo ulteriore sulla performance.

Dimissioni protette in pazienti fragili – Piano unico di Dimissione

Relativamente alla continuità assistenziale e le dimissioni protette, la Direzione aziendale AOU 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 a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un'analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall'ospedale. 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, intercettando precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti, garantendo la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali. Quindi il percorso è stato condiviso con l'Azienda USL di Parma, con la formalizzazione del progetto interaziendale "Gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette in provincia di Parma", deliberato il 30/04/2019, Del. n. 440.

E' stata completata la dotazione dell'organico necessario per l'attivazione del PUD entro il mese di ottobre 2019. Nel trimestre ottobre-dicembre 2019 è stata organizzata la formazione del personale infermieristico di alcune aree di degenza all'utilizzo della scheda BRASS. Tale strumento rappresenta la modalità di segnalazione del grado di autonomia di pazienti ricoverati attraverso la quale viene attivato il percorso di presa in carico da parte del PUD. Il completamento della formazione di tutte le aree di degenza e dei Punti di prericovero aziendale avverrà nel corso del 2020 al ritorno delle condizioni di normalità dopo l'epidemia Covid. È previsto nel corso del 2020 l'utilizzo del nuovo strumento di segnalazione ai distretti territoriali

delle Dimissioni Difficili e/o Protette contenuto nel documento citato e condiviso con l'azienda Sanitaria territoriale.

Sempre nell'ambito della continuità assistenziale, già da dicembre 2018, a seguito di accordi con l'Azienda USL e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, l'AOU 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-Geriatrico Riabilitativo.

PDTA

Nell'ambito dell'organizzaione integrata provinciale e sovraprovinciale, all'interno della quale l' AOU si pone con un ruolo centrale, sono in corso di predisposizione e/o completamento alcuni Percorsi Diagnostici Terapeutici, anche a valenza interaziendale.

- PDTA per la "malattia di Parkinson"
- PDTA per la "demenza giovanile"
- PDTA Delle Neoplasie Ovariche

PDTA per la "malattia di Parkinson"

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi interni di una struttura ospedaliera, sia a migliorare e rendere più facilmente fruibile il percorso alla persona che affronta la malattia.

Il lavoro del gruppo ha portato all'elaborazione di due documenti:

1. Il primo documento del 2005: Percorso Specialistico aziendale "Malattia di Parkinson e Parkinsonismi" è stato avviato e reso operativo dal Centro Malattie Extrapiramidali dell'U.O. di Neurologia nel mese di agosto 2005.
2. Il secondo documento del 2007 prevedeva delle innovazioni in particolare: l'inserimento della figura specialistica del fisiatra, la consulenza del Servizio Dietetico, l'applicazione e l'eventuale standardizzazione di due tecniche diagnostiche innovative come la scintigrafia miocardica con I-123-meta-iodobenzilguanidina (MIBG) e l'ecodoppler transcranico.
3. Il terzo documento, in bozza, è un aggiornamento del precedente percorso sulla base del documento regionale, "documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza dei disturbi del movimento in regione Emilia-Romagna" del luglio 2019, e si focalizza principalmente sulla malattia di Parkinson che costituisce la categoria diagnostica più rappresentata nell'ambito dei disturbi del movimento in particolare a Parma.

Lo sviluppo del percorso assistenziale si realizza attraverso la gestione integrata della patologia da parte di un team di professionisti (specialisti cardiologi e internisti, infermieri, fisiatra, fisioterapista, genetista, radiologi, medicina nucleare, ecc..) che trae vantaggio dalle diverse competenze e responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali del paziente.

PDTA per la “demenza giovanile”

All'interno dell'UO di Neurologia, dal gennaio 2019 è stato attivato un Ambulatorio dei Disturbi Cognitivi e predisposto un percorso diagnostico dedicato per la diagnosi avanzata dei disturbi cognitivi mediante ricovero in DH Neurologico, includendo le istruzioni operative per la raccolta e l'invio delle indagini liquorali e genetiche. Da parte del Laboratorio di Diagnostica delle Malattie Autoimmuni, sono state allestite e validate le indagini sui biomarcatori liquorali di neurodegenerazione e amiloidosi cerebrale (dosaggio Abeta 1.42, Abeta 1.40, Tau, p-Tau) e predisposto il referto con i valori di riferimento. La UO Neurologia e UO Neuroradiologia hanno definito un protocollo dedicato di acquisizione delle sequenze di RM Encefalo sia su 3T che su 1.5T.

PDTA Delle Neoplasie Ovariche

Il presente PDTA delle Neoplasie Ovariche è finalizzato alla presa in carico delle pazienti con sospetto tumore ovarico e tumore borderline, coinvolge le seguenti professionalità che lavoreranno nell'ambito di un team multidisciplinare appositamente costituito

1. Il primo documento del 2018: Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale “Delle neoplasie dell’Ovaio” è stato avviato e reso operativo nel 2018, dopo l’elaborazione da parte del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLM).
2. L’attuale documento, in corso di stesura, in accordo a quanto delineato dal Gruppo di Lavoro costituito con determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 18384 del 12/11/2018 identifica l’Azienda Ospedaliera di Parma e nella fattispecie la Ginecologia e Ostetricia come centro HUB di II livello per la presa in carico e cura delle paziente affetta da carcinoma Ovarico. In aggiunta al precedente documento già validato dall’Azienda nel 2018, il presente si configura non più come percorso diagnostico terapeutico interaziendale provinciale ma extraprovinciale coinvolgendo, come già avveniva in precedenza l’AUSL di Parma, ma anche l’AUSL di Piacenza e rafforzando anche di più il legame con le realtà dell’Ospedale di Vaio e di Borgo val di Taro.

Lo scopo del percorso è quello di seguire con assoluta continuità la paziente in tutte le sue fasi, fungendo sia da centro di screening (ospedale/territorio spoke) che come centro diagnostico avanzato. La paziente, gestita da un team multidisciplinare, verrà trattata dopo condivisione del caso scegliendo il percorso ottimale in relazione alle evidenze scientifiche attualmente presenti. Il PDTA definisce anche la presa in carico della paziente durante il follow-up e la discussione di eventuali terapie necessarie in corso di recidiva. Il responsabile del PDTA è attualmente anche referente territoriale dell’associazione di pazienti affette da carcinoma ovarico Loto, offrendo supporto alle stesse o ai caregiver in tutte le fasi della malattia. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi e gli indici di performance saranno obiettivo del gruppo di lavoro in accordo a quanto stabilito del percorso regionale.

Gestione integrata delle emergenze

Il 2019, 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 118Emilia 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. Nel 2019 è stata pianificata ed attuata la formazione di ulteriori infermieri nel primo e nel secondo semestre dell'anno. 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 e 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 Integrazione: indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSPU PARMA 2019- Risultato raggiunto
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	25.64	30	19.85	Miglioramento	33.33
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8.17	11.3	9.07	Miglioramento	0

Il risultato conseguito nel 2019 è stato oggetto di monitoraggio e governo fin dal primo semestre per cercare di invertire il trend, attraverso una serie di azioni di sensibilizzazione.

Inoltre si è cercato di intervenire anche sul percorso organizzativo, ridisegnando, compatibilmente con le risorse, l'iter di risposta. Tra queste azioni si annovera quella di distribuire i casi su due sedute a settimana che è diventata pienamente operativa da gennaio 2020, con un impatto positivo ulteriore sulla performance (valutazione pre covid)

iii. Area di performance degli esiti: Indicatori

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

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSP PARMA 2019 - Risultato raggiunto
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8.78	6.99	8.3	consolidamento	8.89
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	45.45	40.85	47.59	miglioramento	39.34
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	11.06	5.86	10.90	consolidamento	7.26
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	1.51	1.60	1.45	consolidamento	1.67
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	1.68	2.85	1.46	consolidamento	2.17
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	1.25	1.46	1.18	consolidamento	0.69
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	10.08	10.19	9.04	Consolidamento	9.60
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1.88	0.94	1.61	consolidamento	0.63
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	9.69	7.83	8.89	consolidamento	7.17
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82.35	69.29	82.72	Miglioramento	81.22
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	82.4	97.52	85.35	consolidamento	97.38
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	89.09	99.53	88.77	consolidamento	99.06
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	7.08	6.98	5.78	consolidamento	3.70
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0.78	0.81	0.70	miglioramento	0.75
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	5.15	5.43	4.60	miglioramento	1.87

Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3.59	5.05	2.64	miglioramento	4.42
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17.42	14.70	16.55	miglioramento	14.21
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.94	0.74	1.02	miglioramento	0.93
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1.22	0.85	1.43	miglioramento	1.14
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	61.10	51.96	76.50	miglioramento	71.69
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	-	6	2	miglioramento	5

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 2040/2015 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) Sono proseguite le 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.

Materno Infantile - Percorso Nascita

Nel 2019 presso l'AOU di Parma vi sono stati 2537 parti* (fonte Reporter), 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 2019 è stato ulteriormente consolidato il percorso tecnologico per garantire la completa 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 internistica e geriatrica

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. L'Unità Mobile Multidisciplinare, attivata nel 2018, ha consolidato le proprie attività ed è stato ampliato il bacino di utenza ad altre Strutture residenziali. E' stata inoltre avviata, nel mese di novembre 2019, la funzione di Unità Rapida Geriatrica al 1° piano del padiglione Barbieri con ottimi risultati in termini di efficienza ed efficacia nel concorso della prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili e nell'implementazione di risposte appropriate in riferimento alle caratteristiche clinico-assistenziali dei bisogni dei pazienti relativi al target di riferimento.

Tali progettualità consolidate ed implementate nel corso del 2019 si propongono, in breve, di perfezionare ulteriormente il modello organizzativo della suddetta ampia area di medicina interna introducendo una nuova funzione di "Acute Medicine" con l'istituzione, appunto, di una Unità Rapida GERiatrica - URGE (o di affido geriatrico) dotata di Unità Mobile Multidisciplinare per il malato fragile polipatologico (UMM). Questo con l'obiettivo principale di creare un nuovo modello medico-assistenziale che si adegui 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. Con la progressiva e piena messa a regime ci si attende come riflessi positivi di:

- 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 ri-ospedalizzazione non pianificata
- Identificare "clusters" 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'appropriatezza delle procedure operative/invasive
- Migliorare sicurezza ed efficacia dei percorsi ospedale-territorio

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.

Area Produzione-Ospedale: Indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	2019 - Risultato raggiunto
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3.86	5,04	3.94	consolidamento	6.6
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0	0.95	0	consolidamento	0.92
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0	0,23	0	consolidamento	0.63
Degenza media pre-operatoria	0.71	0,81	0.69	Consolidamento	0.77
Volume di accessi in PS	1.921.960	113.404	1.944.115	Appropriatezza	114.677
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	354.626	22.438	354.900	Appropriatezza	21.565
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	254.217	15.130	251.847	Appropriatezza	15.016
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	36.895	3.473	35.708	Appropriatezza	3.631
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	88.489	3.444	91.650	Appropriatezza	3.400

L'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici è risultato in lieve peggioramento rispetto a quello dell'anno precedente ma le azioni intraprese e le progettualità attivate dovrebbero in prospettiva determinare, su tale fronte, un miglioramento della performance.

Oltre a quanto più sopra richiamato, si evidenzia che 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).

Inoltre, a partire dal mese di ottobre 2019, la Direzione ha attivato un tavolo di monitoraggio e programmazione bisettimanale delle dimissioni finalizzato a migliorare la degenza media dei ricoveri di area internistica in attuazione del Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, con risultati positivi.

Area Produzione-Territorio: Indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSPU 2019 - Risultato raggiunto
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	7.117.094	254.646	7.169.052	appropriatezza	263.905
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.669.619	333.867	6.674.019	appropriatezza	331.523
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	47.878.684	1.691.744	48.954.054	appropriatezza	1.690.077
Durata media di degenza in OSCO	19.2	27.32	18.51	miglioramento	409.5
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	6.327.598	430.915	6.984.000	appropriatezza	562.956

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 2019 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 e successivamente validato (04/04/2019) il Piano Programma gestione del rischio e sicurezza delle cure 2019-2021.

Il precitato Piano Programma (PPSC) è stato discusso e approvato in sede di Collegio di Direzione (seduta del 08/04/2019), successivamente trasmesso alle UU.OO. in data 30/04/2019 con nota prot. n. 18108.

Il PPSC è stato diffuso a tutti gli operatori dell'Azienda mediante l'inserimento sulla Intranet Aziendale.

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 dell'ultimo triennio.

Si riportano inoltre i principali Comitati e Gruppi di Lavoro Aziendali di rilevanza per la sicurezza delle cure in cui partecipa la SSD Governo Clinico, Gestione del rischio:

- Comitato Consultivo Misto – Coordinamento: Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Comitato Valutazione Sinistri - Coordinamento: SS Medicina Legale
- Comitato Buon Uso del Sangue -Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera

- Gruppo di Lavoro Legionella -Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera
- Gruppo di Lavoro Ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC) - Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera
- Gruppo Strategico (CIO) -Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera.

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 PPSC vuole dare 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.

A livello regionale e locale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati complete e costantemente aggiornate, è quindi essenziale che questo notevole patrimonio informativo sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria a supporto dei programmi di gestione del rischio e ai fini della descrizione e valutazione dell’assistenza.

Il sistema si è strutturato nel tempo e ha raggiunto una elevata complessità: da una parte ciò consente di avere già a disposizione fonti informative di ottima qualità, dall’altra richiede il superamento di ogni frammentarietà in una prospettiva unitaria.

Per consolidare l’integrazione e la trasversalità vi è quindi la necessità di dare evidenza sia ai flussi informativi già attivi e consolidati, sia ai flussi che necessitano di sviluppo e innovazione, con l’obiettivo di consentire possibilità di link tra sistemi informativi, valutare gli esiti di interventi e dei programmi al fine di attivare azioni di miglioramento coordinate a livello locale.

Il Piano Programma della Sicurezza delle cure 2019-2021 è articolato in:

- 32 schede di sintesi sui principali processi di interesse della Gestione del Rischio
- 1 Matrice di Responsabilità
- 39 obiettivi poliennali (2019-2021).

La redazione delle Schede di Processo, gli obiettivi triennali sono stati descritti con il supporto delle Direzioni, dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione.

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

Come per il precedente anno, anche nel 2019, sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2018 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2020.

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 19/04/2019.

In base a quanto previsto dagli obiettivi correlati alla sicurezza delle cure nella DGR 977 del 18/06/2019 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l’anno 2019”, 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

Il tema del sistema aziendale per la segnalazione del rischio è stato contemplato anche nel Piano Programma Sicurezza delle Cure del triennio 2019-2021.

Nel corso del 2019, a seguito della Visita di Accreditamento Istituzionale, è emersa la necessità di “rilanciare” ulteriormente lo strumento dell’Incident Reporting. A tal fine sono state pianificate e realizzate due edizioni del corso “Gestione del Rischio: dall’Incident Reporting alle Azioni di Miglioramento”, accreditate ECM, per mantenere alta l’attenzione dei Professionisti sull’importanza dell’utilizzo di questo strumento per segnalare i quasi eventi e/o gli eventi avversi.

In linea con le indicazioni regionali e con i contenuti del PPSC si è continuato nella promozione e consolidamento del sistema di segnalazione aziendale. I Flussi informativi Incident Reporting e SIMES, sono stati regolarmente alimentati mediante la scheda Regionale di Incident Reporting con 122 segnalazioni, con un incremento di circa il 50% rispetto all’anno precedente che sono state inserite nel DB Regionale e mediante la Scheda Aziendale di segnalazione cadute-Incident Reporting con 404 segnalazioni che sono state inserite nel DB Aziendale.

A seguito dell’analisi delle segnalazioni, dei lavori presentati nel corso di Formazione, dei risultati degli Audit Clinici effettuati negli anni precedenti nel Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo e nel Dipartimento Chirurgico sono state attivate azioni di miglioramento realizzate nel corso del 2019.

Nel corso dell’anno 2019 sono stati segnalati alla RER n. 6 Eventi Sentinella, di cui 3 validati dal Ministero della Salute, inviando le schede previste dal Flusso e come indicato nella Procedura aziendale P017AOU PR Gestione Evento Critico.

Nel corso del 2019 con la UO Ostetricia e Ginecologia è stato strutturato un percorso per definire le modalità di attivazione delle segnalazioni, delle verifiche (Significant Event Audit) e del coinvolgimento dei professionisti sui casi.

Tutti i Near Miss Ostetrici sono stati analizzati e segnalati nel percorso regionale previsto per tali casi.

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 a una corretta compilazione della SSCL, ha promosso attività di osservazione diretta dell’uso della checklist tramite il progetto OssERvare, cui la nostra azienda ha prontamente aderito, attraverso la SSD Governo Clinico, gestione del rischio. Il metodo identificato per tale scopo è quello dell’osservazione diretta, normalmente utilizzato nella ricerca qualitativa e più precisamente in quella di tipo etnografica, per cogliere la dimensione sociale e interattiva che consente l’acquisizione di informazioni dai comportamenti verbali e non verbali degli operatori sanitari osservati.

Per il 2019 il progetto OssERvare prevedeva n.75 osservazioni, nel nostro ospedale se ne sono realizzate n.85. Le osservazioni, svolte nelle sale operatorie della Clinica Chirurgica Generale e della Clinica Ortopedica, sono state effettuate da tre medici specialisti in chirurgia che operano nelle strutture di cui sopra. Si sono utilizzati dei tablet per sperimentare per la prima volta l’App predisposta dalla Regione.

I dati relativi alle osservazioni sono stati inseriti nel database della Regione.

I risultati di OssERvare saranno utili per definire le azioni di miglioramento che saranno intraprese nel corso del 2020 volti ad aumentare i livelli di sicurezza in ambito chirurgico che, tuttavia, terranno costantemente come riferimento di base i principi e gli obiettivi promossi dal Ministero della salute e dall'OMS e recepiti dalla Regione.

Per quel che riguarda il 2019, l'attenzione si è focalizzata su tre temi specifici estrapolati dai 16 obiettivi contenuti nel documento "Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria" della Regione Emilia Romagna, del Febbraio 2010:

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

Gli obiettivi di cui sopra si sono concretizzati nella redazione di tre procedure aziendali, ormai operative da diversi mesi ed entrate nell'organizzazione in maniera routinaria.

Identificazione 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.

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.

Dal 2 al 10 Settembre 2019, pertanto, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma è stato condotto uno studio di prevalenza sull'utilizzo del braccialetto identificativo nelle U.O. di degenza, dal quale è emerso come il Braccialetto identificativo paziente sia presente nel 97% dei pazienti degenti in Azienda.

Nel PPSC 2019-2021 è stata rinnovata la Scheda n. 9 sulla identificazione certa del paziente.

Nel 2019 è stato realizzato l'Open Safety Day per la promozione degli strumenti informativi Regionali e Aziendali per la sicurezza delle cure, tra i quali è stato distribuito il materiale per l'identificazione sicura del paziente.

L'Azienda ha anche attivato un tavolo per la sicurezza dei processi chirurgici e, nel corso del 2019, ha provveduto ad aggiornare la Procedura Aziendale P022AOUPR CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO E DELLA PROCEDURA. La procedura è stata diffusa e inserita nella Intranet Aziendale.

Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

A partire dal 2005 il Ministero della Salute ha redatto e diffuso "Raccomandazioni" volte ad offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi conseguenze ai pazienti. Le 19 Raccomandazioni Ministeriali si propongono quindi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

Ogni anno l'Azienda, tramite la SSD Governo Clinico, partecipa alla Call for Good Practices Agenas per il Monitoraggio dello stato di avanzamento dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure e gli eventi sentinella. Anche negli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 è stato effettuato l'aggiornamento dell'applicazione delle Raccomandazioni, allegando nel data base ministeriale, la documentazione richiesta.

La SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento (SSD) ha diffuso a tutte le Strutture le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali, sia grazie alla trasmissione delle stesse. Al fine diffondere le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali per la sicurezza delle cure l'Azienda si è dotata

di una specifica sezione sulla propria pagina Intranet in cui sono visibili e scaricabili dai professionisti dell'Azienda tutte le Raccomandazioni emanate dal Ministero e dalla Regione, gli atti Aziendali (procedure e istruzioni operative di riferimento per i professionisti), gli strumenti formulati per la sicurezza delle cure, la prevenzione del rischio e il coinvolgimento dei pazienti e caregiver (poster e brochure).

Nell'anno 2019 sono state aggiornate le procedure, i documenti, i protocolli e le Linee Guida relative alle seguenti Raccomandazioni Ministeriali:

- Raccomandazione N. 1 Corretto Utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio
- Raccomandazione N. 3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Raccomandazione N. 6 Prevenzione della Morta Materna correlata al travaglio e/o parto;
- Raccomandazione N. 7 Prevenzione della morte da errori in terapia farmacologica
- Raccomandazione N. 9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
- 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/sound-alike";
- 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.
- Raccomandazione N. 17 Riconciliazione farmacologica "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura".
- Raccomandazione N. 18 Prevenzione degli Errori in Terapia, conseguenti all'uso di Abbreviazioni, Acronimi, Sigle e Simboli.
- Raccomandazione N. 19 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

Nel corso del 2019, congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale sono stati effettuate le attività/interventi previsti dal Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (Previos) – emanato nel dicembre 2018.

Nel 2019, come richiesto dalle Linee di Indirizzo Regionali, sono state elaborate le seguenti Procedure:

- Prevenzione delle Lesioni da Pressione
- Gestione Vie Aeree Difficili

Prevenzione del Tromboembolismo Venoso in Ambito chirurgico.

Processo di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica

Per la riduzione degli eventi avversi legati al processo farmacologico, è stato effettuato con il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, l'aggiornamento dell'elenco dei farmaci LASA utilizzati presso la nostra Azienda e la rivisitazione della scheda di Ricognizione-Riconciliazione Farmacologica, già in uso da anni, con un campo dedicato ai pazienti che effettuano prima della ospedalizzazione un accesso in pre-ricovero.

Nel 2019 l'Azienda ha rivisto e diffuso una nuova procedura Interaziendale PI008AOUPR/AUSLPR per la "GESTIONE CLINICA DEI FARMACI" dove è stata inserita la nuova scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica rivisitata.

Prevenzione e gestione delle cadute

L'Azienda già dal 2014 ha posto grande attenzione alla prevenzione del rischio cadute in ospedale predisponendo, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 13, strumenti Aziendali per prevenire il fenomeno, e supportare i professionisti (Procedura Aziendale, Come fare per... Poster e Brochure informative per i cittadini e caregiver, formazione aziendale ecc.).

In linea con il Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021 la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento anche per l'anno 2019 ha elaborato e analizzato il Report annuale relativo al fenomeno caduta relativo all'anno precedente. Tutta la documentazione è diffusa ai professionisti anche mediante il sito Intranet aziendale nota inviata ai Direttori e Coordinatori e mediante il sito Intranet .

Nel 2019 é stato rendicontato il Piano Prevenzione Cadute in Ospedale (PAPC) del 2018, ed è stato rielaborato il PAPC 2019 in cui stati programmati gli interventi Organizzativi, Procedurali, Formativi, Strutturali e Informativi da attuare nell'azienda per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione delle cadute in ospedale (LIRCO) emanate dalla Regione Emilia Romagna.

Per continuare l'implementazione delle LIRCO a livello Aziendale, anche nel 2019, i Professionisti sono stati supportati da un percorso formativo regionale a Distanza FAD sulle Buone Pratiche che sono state recepite dalla Procedura Aziendale P047AOUPR "Prevenzione e Gestione delle cadute in ospedale" che è stata rivisitata e diffusa a livello aziendale nel novembre 2018 dopo la sperimentazione effettuata in 4 unità operative.

Nel secondo semestre dell'anno, come previsto dalla DGR 977 del 2019 sul tema "prevenzione e gestione delle cadute" è stata estesa l'attività di auditing tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute/procedura Aziendale ad altro quattro unità operative.

Il 17 settembre, Giornata dedicata all' "Open Safety Day" l'Azienda ha diffuso i Poster e gli Opuscoli Informativi Regionali sulla Prevenzione delle Cadute.

Nel 2019 tutte le attività/interventi previsti dal PAPC 2018 sono state rendicontate, è stato elaborato e diffuso il PAPC 2019 e tutte le attività previste sono state realizzate. Il nuovo PAPC 2020 verrà elaborato e diffuso seguendo le indicazioni Regionali.

Coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure - Open Safety Day 2019

Il coinvolgimento dei cittadini nei processi di gestione del rischio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sempre stato un'attenzione della Direzione Aziendale, della SSD Governo Clinico e dei professionisti.

In particolare, per ogni processo esaminato sia nel Piano Programma Sicurezza delle cure 2016-2018, che nel successivo 2019-2021 ci si è soffermati sul tema dell'empowerment del cittadino.

Questo elemento di analisi e di approfondimento, condiviso in Collegio di Direzione e successivamente in Comitato Consultivo Misto è diffuso a tutte le Strutture dell'Azienda. A titolo esemplificativo si riportano nella tabella sotto riportata i contenuti descritti per le prime 10 schede del PPSC 2019-2021.

N	Scheda	Empowerment dei cittadini – tratto dal PPSC 2019-2021
1	Incident Reporting	Il sistema di segnalazione Regionale Incident Reporting prevede che il cittadino sia informato della criticità rappresentata.
2	Gestione Eventi Sentinella	Le Raccomandazioni del Ministero negli Eventi Sentinella prevedono attenzioni specifiche sulla comunicazione al paziente/familiare a seguito di

		evento avverso .
3	Gestione Sinistri – Data Base Regionale	I cittadini sono parte attiva del processo.
4	Segnalazione dei Cittadini per la Gestione del Rischio (Urp)	Gli URP lavorano con le dimensioni del “percepito” da parte del cittadino, le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: “Percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento”.
5	Formazione e Informazione per la Sicurezza delle Cure	Alcuni strumenti della gestione del rischio sono stati espressamente realizzati per i cittadini, che devono essere parte attiva della sicurezza delle cure.
6	Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali	Il Monitoraggio Agenas prevede per ogni Raccomandazione la verifica del coinvolgimento dei cittadini/ Associazioni di Volontariato.
7	Rischio Cadute del Paziente Degente	I pazienti e i visitatori dispongono di Poster e Brochure informative finalizzate alla prevenzione delle cadute del paziente degente e per il domicilio.
8	Check List Di Sala Operatoria	I pazienti sono coinvolti attivamente nel processo per la sicurezza delle sale operatorie, anche in riferimento alla corretta identificazione del paziente.
9	Identificazione certa del Paziente	Il Cittadino informato è parte attiva nel processo di identificazione.
10	Sicurezza della Terapia Farmacologica in area Oncoematologica	Aggiornamento del “Diario per il paziente” composto da: <ul style="list-style-type: none"> ▪ opuscolo informativo specifico per ciascun farmaco oncologico orale ▪ calendario per il monitoraggio della compliance e della tossicità L’opuscolo informativo pone l’attenzione sulle interazioni del medicinale con altri farmaci e alimenti, modalità di assunzione, principali effetti indesiderati.

Il coinvolgimento del cittadino nella sicurezza delle cure è stato poi ricercato attraverso il contributo del Comitato Consultivo Misto dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Negli incontri del CCM sono stati, nel tempo, presentati i progetti, le attività, le procedure per la sicurezza delle cure, le brochure informative, i poster elaborati per la informazione e il coinvolgimento dei cittadini e i caregiver.

Il nuovo CCM aziendale prevede la presenza, quale componenti aziendali, della Responsabile della SSD Governo Clinico, gestione del rischio e di professionisti dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Infine, anche nel corso del 2019, insieme al Comitato Consultivo Misto è stata organizzata l’iniziativa Nazionale Open Safety Day prevista per il 17 settembre 2019, giornata per la sicurezza delle cure in ambito sanitario. La scelta organizzativa è stata quella di coinvolgere i Volontari del CCM quali “cittadini esperti” sui temi della sicurezza e condividere l’organizzazione dell’evento. In particolare si ritiene che i Volontari possano affiancare i professionisti dell’Azienda nella diffusione di materiale informativo regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure.

Sono stati individuati 2 punti di Punti Informativi per l’Open Safety Day di cui è l’Ufficio Relazioni con il Pubblico. Ci si è avvalsi di stands in cui sono stati affissi i Poster regionali e aziendali, distribuite brochure informative e cartoline a cura dei Volontari e dei Professionisti dell’Azienda.

Presso l’Ufficio Relazioni con il Pubblico è stata poi organizzata la partecipazione in teleconferenza della Direzione Aziendale, della Gestione del Rischio e del Presidente del Comitato Consultivo Misto al Convegno Nazionale Word Patient Safety Day – Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita. Roma – Ministero della salute. In tale Convegno l’esperienza dell’Azienda Ospedaliero-

Universitaria di Parma ha presentato la propria esperienza per promuovere la cultura della sicurezza di concerto con il Comitato Consultivo Misto.

Interventi Formativi e Informativi 2019

La formazione è riconosciuta come leva cruciale fondamentale e fattore strategico determinante per sensibilizzare e innalzare la cultura della sicurezza.

Tuttavia, se è vero che la sicurezza della pratica clinica e dei processi assistenziali si fondano sulla competenza, ottenuta attraverso la formazione del singolo operatore, è altrettanto veritiero che essa è particolarmente efficace quando è esercitata e promossa sui team clinici, promuovendo il loro grado di coordinamento e integrazione, con il supporto di un ambiente organizzativo adeguato e funzionale.

Pertanto, l'attività formativa dell'ospedale si fonda anche su principi che attengono alla condivisione delle conoscenze, alla costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, al coordinamento, all'integrazione, alla collaborazione.

In definitiva, si ritiene che le conoscenze siano più facilmente trasferibili nelle pratiche di lavoro quando il processo formativo coinvolge attivamente tutte le figure professionali che partecipano al processo di cura. Si tratta di sviluppare, oltre alle competenze tecnico-specifiche, le metacompetenze che consentono un agire comune delle diverse professioni, considerando la sicurezza delle cure, una responsabilità collettiva che coinvolge tutti i lavoratori.

La SSD Governo Clinico e gestione del Rischio e i Servizi Aziendali che concorrono alle misure per la contenzione del rischio, in coerenza con la missione aziendale e tenendo conto anche degli obiettivi formativi indicati dalle istituzioni nazionali e regionali, progettano le attività formative che vengono incluse nel Piano Aziendale per la Formazione annuale (PAF) e realizzate nel corso l'anno. La proposta sull'attività formativa è ricca e variegata per rispondere efficacemente alla domanda, ed è rivolta a tutti i professionisti.

ODICE	TITOLO	TIPO EVENTO	N EDIZIONI	ORE CENTESIMI	N PARTECIPANTI	DESCRIZIONE COMPETENZE COGEAPS	PAROLA CHIAVE
2849	AOUPR-Formazione rischi generali sulla sicurezza per il lavoratore 4 ore - E-Learning (RG)	FAD E-Learning	12	4,00	100	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008
2851	AOUPR-Formazione lavoratori: aggiornamento rischi specifici 6 ore - E-Learning (RS-AGG)	FAD E-Learning	3	6,00	1000	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008
2892	AOUPR-Movimentazione pazienti e sindrome da allettamento - Introduzione teorico-pratica (RS) (MMP)	Formazione Residenziale	5	3,00	25	La sicurezza del paziente.	Risk Management
2964	AOUPR-Addestramento contenitori formalina (RS)	Formazione Residenziale	1	1,00	80	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008
3023	AOUPR-Movimentazione dei pazienti - progetto di reparto (RS) (MMP)	Formazione Residenziale	1	6,00	25	La sicurezza del paziente.	Risk Management
3024	AOUPR-Movimentazione dei pazienti - refresh e verifica di efficacia (RS) (MMP)	Formazione Residenziale	2	3,00	25	La sicurezza del paziente.	Risk Management
3035	AOUPR-Spazio-Ascolto: debriefing, confronti e condivisioni sulle situazioni di disagio nelle criticità operative (RS) (VB)	Formazione Residenziale	3	3,00	25	Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure	Comunicazione nella relazione di cura
3046	AOUPR- E se succedesse a me? percorso per imparare a fronteggiare le emergenze (RS) (VE)	Formazione Residenziale	1	12,00	50	Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure	Comunicazione nella relazione di cura

CODICE	TITOLO	TIPO EVENTO	N EDIZIONI	ORE CENTESIMI	N PARTECIPANTI	DESCRIZIONE COMPETENZE COGEAPS	PAROLA CHIAVE
3047	AOUPR-Perchè comunicare? Strategie per comunicare con pazienti e familiari in attesa (RS) (VP)	Formazione Residenziale	1	12,00	50	Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure	Comunicazione nella relazione di cura
3048	AOUPR-Back school (cura e prevenzione): educare ad un uso sano della schiena (RS) (MMPB)	Formazione Residenziale	1	6,00	16	La sicurezza del paziente.	Risk Management
3053	AOUPR-Utilizzo dei DPI di protezione vie respiratorie (autoprotettori) (RS)	Formazione Residenziale	2	4,00	20	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008
3054	AOUPR-Lavori in spazi confinati o sospetti d'inquinamento (RS)	Formazione Residenziale	2	4,00	20	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008
3091	AOUPR - Privacy e corretta tenuta di documentazione clinica del paziente (RS)	Formazione Residenziale	1	3,00	40	La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato	Risk Management
3092	AOUPR - Disposizioni anticipate di trattamento e fine vita	Formazione Residenziale	1	3,50	200	La sicurezza del paziente.	Risk Management
3094	AOUPR - Privacy: aggiornamenti normativi e indicazioni operative in ambito sanitario (RS)	Formazione Residenziale	4	3,00	50	La sicurezza del paziente.	Risk Management
3101	AOUPR - Sicurezza della continuità assistenziale: la "Dimissione del paziente"	Formazione Residenziale	1	3,00	200	La sicurezza del paziente.	Gestione governo clinico
3102	AOUPR - Gestione del rischio: le buone pratiche per la sicurezza del Processo Trasfusionale	Formazione Residenziale	2	3,50	200	La sicurezza del paziente.	Gestione governo clinico

CODICE	TITOLO	TIPO EVENTO	N EDIZIONI	ORE CENTESIMI	N PARTECIPANTI	DESCRIZIONE COMPETENZE COGEAPS	PAROLA CHIAVE
3103	AOUPR - La sicurezza nella terapia farmacologica	Formazione Residenziale	1	3,50	50	La sicurezza del paziente.	Gestione governo clinico
3104	AOUPR - Gestione del rischio: dall'Incident Reporting alle azioni di miglioramento (RS)	Formazione Residenziale	2	3,50	50	La sicurezza del paziente.	Gestione governo clinico
3105	AOUPR - Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (RS)	FAD E-Learning	1	6,00	3000	La sicurezza del paziente.	Gestione governo clinico

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico

La spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci (escluso fondi innovativi AIFA) è stata di 49.609.739€ rispetto all'obiettivo RER di 48.103.758€ (0% vs obj -3%), -4,1% al netto della spesa per Innovativi Oncologici Gruppo B (Fondo RER).

Il valore della spesa per l'acquisto ospedaliero è correlato all'effetto combinato della dinamica del case mix e dei volumi nel 2019. Il risultato infatti è determinato dalle dinamiche incrementali e di contenimento quali: significativo aumento della popolazione oncologica come incidenza e prevalenza (es. dal database UMaCA, per trattamenti infusionali, +15% allestimenti terapie, +10% accessi); recente immissione in commercio di molecole/indicazioni e/o presa in carico di pazienti ad alto impatto economico (alcuni es. pembrolizumab come immunoterapia associata a chemioterapia (NSCLC) e inotuzumab ozogamicin; aumento della spesa per Malattia Rara - Sindrome di Morquio – delta +300.000€ vs 2018; aumento della spesa per 2 pazienti pediatrici con osteosarcoma trattato con mifamurtide (strategia terapeutica impostata da IOR unico centro autorizzato RER); oculistica intravitreali: aumento della spesa per un valore di circa +300.000€, per quanto mitigato in parte a partire da luglio da una maggiore adozione della molecola a più basso impatto economico (bevacizumab) per i trattamenti in L.648.

L'utilizzo dei biosimilari rituximab, eparine, insuline ed eritropoietine sono stati in linea con obj RER (rituximab sottocute 12% in linea con obj RER <20%); rimangono aree con margini di ulteriore miglioramento: l'utilizzo del biosimilare infliximab è stato del 75% vs obiettivo 100% (è restata esclusa dall'adozione del biosimilare la popolazione pediatrica in continuità di trattamento con originator) e l'utilizzo del biosimilare trastuzumab è stato del 50% sottocute vs obiettivo 20%.

Si registrano risparmi su alcune classi farmacologiche come conseguenza della aderenza agli esiti di gara (tra queste la classe degli antivirali, HIV in particolare).

La presenza del Centro HUB Emofilia/MEC ha progressivamente portato ad una crescente presa in carico di pazienti: nel complesso la spesa – sostenuta da Fondo ad hoc - per Fattori per Emofilia in AOUPR (tutti i reparti) è stata di 2,1mln (+606.303€ vs 2018).

In relazione ai Fondi AIFA: la spesa sul Fondo Oncologici A è stata di 5.316.555€ e ha consentito la copertura economica di terapie ad alto costo innovative quali pembrolizumab in monoterapia per NSCLC, daratumumab per mieloma, alectinib per NSCLC; la spesa sul Fondo Farmaci Non Oncologici è stata di

2,2mln nella quasi totalità relativa al medicinale nusinersen per 4 pazienti adulti e 7 pediatrici affetti da SMA (atrofia muscolare spinale).

La puntuale gestione dei sistemi di *sharing scheme* correlati ai Registri AIFA ha consentito nel 2019 di recuperare il valore economico di 1.152.073mln.

Nel 2019 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.

Analogo modello è stato adottato presso la UO Oncologia con la presa in carico dei pazienti in terapia orale presso l'ambulatorio multiprofessionale con un percorso totalmente tracciato per singolo paziente con l'adozione di un SW che gestisce il database degli schemi terapeutici/patologie/ giornate di terapia/erogazioni.

In relazione ai farmaci per l'Epatite C si registra un uso 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 con particolare attenzione ad alcune aree terapeutiche oggetto di specifici incontri programmati dal Dipartimento Farmaceutico Interaziendale in autonomia o congiuntamente alla Direzione aziendale e ai Servizi in staff alla Direzione (aree di nefrologia, oncologia, ematologia, dermatologia, reumatologia, gastroenterologia, neurologia, oculistica, infettivologia). Oggetto di specifico iter valutativo sono state le prescrizioni off label ed extraprontuario, Cnn, con completa aderenza al percorso regionale nell'ambito del NOP e con l'adozione della piattaforma "eccezioni prescrittive".

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).

Il governo sull'area dei Dispositivi Medici (DM) è stato svolto in continuo attraverso un lavoro integrato in particolare tra Dip.to Farmaceutico Interaziendale/Ingegneria Clinica/S.C.I. Acquisizione Beni/Controllo di Gestione.

La spesa per l'aggregato dispositivi medici, per l'anno 2019 è stata di circa 2 milioni di € superiore a quella registrata a consuntivo nel 2018.

Gli ambiti dei dispositivi che presentano i maggiori incrementi sono rappresentati dagli impiantabili attivi e non attivi, che assieme determinano oltre il 60% dell'aumento, a cui poi si sommano gli incrementi sui restanti ambiti, dove una quota importante è correlata alla radiologia interventistica.

L'andamento espansivo della spesa su tale fattore produttivo è il riflesso della dinamica quali-quantitativa di produzione, in particolare, nell'area cardiologica/cardiologica interventista (+8% in termini di volumi), della chirurgia vascolare (+7% in termini di volumi), Terapia del dolore (+12%) e radiologia interventistica.

L'impatto economico dell'area cardiologica/cardiologica interventistica è stato predominante. In particolare, si evidenzia un aumento di circa il +40% per le TAVI, dove i pazienti trattati sono passati dai 100 del 2018 ai 142 del 2019. Tale fenomeno è stato oggetto di approfondimento dal quale è emerso che la dinamica riscontrata per AOU Parma rispecchia l'andamento osservato a livello regionale ed è influenzato dalle nuove linee guida/indicazioni terapeutiche. I casi trattati afferiscono essenzialmente al bacino di competenza.

In generale si osserva che la dinamica in incremento del consumo dei DM si associa alla rimodulazione del case mix trattato e del livello quali-quantitativo di risposta erogata nel 2019. Infatti, in linea con la strategia aziendale, nel corso del 2019 si è perseguito:

- un consolidamento/rafforzamento delle discipline hub (nonostante l'impatto delle consistenti riduzioni determinate dall'area trapianti di midollo/ematologia e centro ustioni, a basso assorbimento di device);
- una riduzione della casistica potenzialmente inappropriata ;
- uno spostamento della casistica di peso medio/basso su altri attori del sistema provinciale anche per in relazione alla strategia di miglioramento dei tempi di attesa.

Si riscontra, infatti, uno spostamento verso le fasce più alte di complessità della casistica trattata, in particolare per quella di tipo chirurgico quindi a maggior assorbimento di device, e all'implementazione di tecniche/metodiche e linee di attività che contribuiscono a realizzare miglioramenti della capacità di risposta anche in termini di qualità e outcome (es. mininvasiva, interventistica radiologica, NGS per analisi mutazionale, ecc.). A questi trend di implementazione si affiancano contingenze particolari in aree come Ematologia/Trapianti di Midollo, Centro Ustioni e Neonatologia che segnano importanti riduzioni economiche di produzione (nel complesso circa -2,1 mln di €) a cui sono correlate, in proporzione, modeste riduzioni per i DM, per le caratteristiche proprie di tali attività in riferimento all'assorbimento di device.

A fronte comunque di tali tendenziali, sono state sviluppate azioni volte a promuovere e sostenere il governo e la responsabilizzazione sull'appropriato utilizzo dei principali fattori produttivi, tra le quali si richiamano:

- promozione delle attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego attraverso il Nucleo di Valutazione Provinciale dei DM (NPV) e la CDM AVEN in aderenza alle linee d'indirizzo della CRDM
- Utilizzo degli indicatori regionali di spesa per paziente per alcune CND mirate e per tipologia di intervento (SDO selezionate), al fine di poter ridurre la spesa per singolo paziente per quell'intervento quando tale costo si discosta dalla media regionale. Di seguito i trend relativi a protesi d'anca, PM, defibrillatori

Protesi d'anca anno 2019 DiMe

Spesa per paziente 2019	Var % vs 2018	Obiettivo anno 2019
1.939	-4,7%	2.016€

Pacemaker anno 2019 DiMe

Spesa per paziente 2019	Var % vs 2018	Obiettivo anno 2019
1.659	-17,4%	1.622

Defibrillatori impiantabili anno 2019 DiMe

Spesa per paziente 2019	Var % vs 2018	Obiettivo anno 2019
9.344	1,2%	8.383

Area Appropriatazza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico: Indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSPU 2019 - Risultato raggiunto
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6.38	10.37	6.89	miglioramento	12.53
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3.35	6.83	3.57	miglioramento	6.81
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51.47	39.74	55.30	miglioramento	41.17
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0.20	0.19	0.19	miglioramento	0.19

iii. Area di performance dell'organizzazione

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

Come esplicitato nel Piano Performance 2018/2020 e nei diversi documenti di programmazione aziendale, la Direzione, anche in ragione degli indirizzi negli anni formulati in sede regionale, ritiene che l'integrazione interaziendale rappresenti un'opportunità per il perseguimento di maggiore efficienza, ma anche per una gestione coerente a livello provinciale, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, anche nell'ottica di miglioramento dell'offerta di servizi.

In area tecnico amministrativa il processo si è avviato con uno sviluppo graduale, dapprima in alcune funzioni con progetti specifici, in seguito con una visione ampia che ha di fatto coinvolto gli interi apparati di AOU e AUSL provinciali. Nel 2016, completata la progettazione, ha avuto inizio il percorso complessivo, con una realizzazione operativa distribuita negli anni successivi. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda UsI di Piacenza.

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.. Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2019 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali

Il 2019 ha visto il sostanziale consolidamento dell'articolazione organizzativa. In particolare, le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali. Da segnalare la formalizzazione della collaborazione dell'area amministrativa delle due direzioni sanitarie. Approfonditi gli aspetti per il completamento delle attività propedeutiche alla formalizzazione dell'integrazione dei servizi in ambito ICT.

Riorganizzazione assetto organizzativo dei Dipartimenti ad Attività Integrata

Al fine di migliorare ulteriormente il governo clinico dell'assistenza e dei percorsi di cura delle principali patologie e favorire un'ottimale integrazione delle discipline chirurgiche e mediche internistiche di branca e interventistiche finalizzate a garantire il massimo dell'appropriatezza e dell'efficienza di assistenza dei distretti cardiologico-cardiochirurgico, toraco-polmonare e vascolare nel 2019 si è realizzato il riassetto organizzativo dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Si è avuta la riorganizzazione dell'area chirurgica in tre ambiti diversificati mediante l'applicazione dei tre essenziali criteri di aggregazione dei dipartimenti: per apparato e organo, per settore nosologico e per branca specialistica, finalizzate a garantire il massimo dell'appropriatezza e dell'efficienza di assistenza e cura centrate sul paziente, garantendo allo stesso un'ampia disponibilità di alte tecnologie, conoscenze specialistiche avanzate, condivisione multidisciplinare delle scelte cliniche.

La riorganizzazione definita prevede alla fine la seguente strutturazione dei dipartimenti:

DAI CARDIO - TORACO - VASCOLARE

DAI TESTA - COLLO

DAI CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO

DAI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

DAI DIAGNOSTICO

DAI MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO

DAI MATERNO INFANTILE

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA PROVINCIALE INTERAZIENDALE

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.

Per quanto attiene la Scheda Sanitaria Individuale l'Azienda Ospedaliero–Universitaria non è direttamente coinvolta non avendo rapporti diretti con MMG/PLS tuttavia ha partecipato alle presentazioni del progetto. Relativamente al progetto ARA l'Azienda ha definito il modello a regime di integrazione della propria Anagrafe Pazienti Centralizzata con l'anagrafe territoriale della AUSL la quale rappresenta, in linea con i dettami RER, il punto di collegamento provinciale con ARA.

Il sistema informatico di prescrizione dematerializzata all'interno di Azienda Ospedaliera è un sistema unico e richiamabile in contesto; il sistema di dematerializzazione della ricetta è diffuso in tutti gli ambiti aziendali.

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, perseguendo il miglioramento dei livelli di invio.

Adempimenti nei flussi informativi

In prosecuzione a quanto già avviato negli anni precedenti, l'Azienda ha effettuato tempestivamente l'invio dei flussi informativi, presidiando il rispetto delle scadenze e la qualità dei dati inviati.

A tale scopo l'azienda ha partecipato agli incontri tenutesi in Regione e approfondito in sede le tematiche prevalenti emerse con i servizi interessati.

In particolare, nel corso del 2019 è proseguito e si è ulteriormente rafforzata l'implementazione del 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 nel corso del 2019, ha visto 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 e Regionale, quali per esempio la % di copertura del flusso DIME sul CE e il costo per paziente di determinati dispositivi medici, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dei dati inviati, conseguendo risultati positivi.

Si è inoltre sviluppata l'analisi dei flussi FED e AFO, con particolare attenzione alle aree di sovrapposizione degli stessi e alla corretta alimentazione delle diverse modalità di erogazione dei farmaci nel flusso FED. Con particolare riferimento a quest'ultimo e a supporto del Servizio Farmacia, si è provveduto ad effettuare un approfondimento delle modalità operative ed organizzative che portano all'inserimento nel flusso dei farmaci a compensazione.

Per quel che riguarda i flussi clinici, ed in particolare i flussi RERA1 e REAL che presentavano le criticità maggiori, un importante lavoro è stato svolto in sincrono con le Unità Operative ed i Servizi interessati per risolvere i problemi tecnico/organizzativi e rendere possibile l'invio dei record, raggiungendo risultati ragguardevoli sia in termini quantitativi che qualitativi, nell'ultimo invio effettuato.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno

Le Aziende Sanitarie di Parma hanno avviato una intensa attività per supportare la complessiva realizzazione del PAC, avvenuta nel corso del 2017. Ricordando che il PAC prevede la redazione di una serie di procedure, modellate direttamente sulle varie attività dell'Azienda e finalizzate ad uniformare e formalizzare standard organizzativi, contabili e procedurali svolti dai vari operatori, la Struttura di Internal Auditing ha tracciato un percorso condiviso con le strutture direttamente coinvolte offrendo la possibilità di partecipare ad un percorso di riorganizzazione progettazione e gestione del sistema amministrativo-contabile al fine sia di garantire il rispetto dei nuovi adempimenti normativi, sia di favorire la crescita del livello di qualità dei dati amministrativi.

Ciò che si è voluto proporre al personale dell'Azienda, è innanzitutto un cambiamento culturale nell'approccio al lavoro basato sul controllo interno, di conseguenza, si è operato all'interno di un processo fortemente dinamico coinvolgendo tutte le strutture amministrative nella costruzione del framework metodologico per le procedure utilizzando un approccio in grado di avvicinare la struttura contabile a quella amministrativa. Tale percorso ha consentito di accrescere le competenze e la professionalità degli operatori perfezionando gli strumenti di controllo interno.

Completa ed integra tale percorso, la nuova legge n. 9/2018 che prevede la nuova funzione aziendale e regionale di Audit. L'obiettivo presuppone all'art. 3 ter della legge regionale n. 29 del 2004, l'istituzione di un "Sistema di Audit interno" nelle Aziende Sanitarie.

Questi temi, convalidati dalla DGR 977/2019 di programmazione annuale, hanno trovato immediato riscontro all'interno di entrambe le Aziende Sanitarie.

E' stata così istituita a decorrere dal 1/09/2019 la Struttura Complessa Interaziendale ad integrazione strutturale "Internal Auditing" posta in staff ai Direttori Amministrativi delle due Aziende (Deliberazione n. 966 del 30/08/2019).

La Struttura di Internal Auditing ha perseguito tutte le attività previste dal Piano di Audit 2019 (Approvazione del Piano Triennale di Audit 2019/2021 Deliberazione n. 71 del 29/01/2019) diversificando le proprie attività in consulenze e collaborazioni, attività strutturali, coordinamenti, follow-up, attività progettuali in linea con le migliori prassi in un'ottica di cambiamento, efficienza ed efficacia.

Attività di consulenza/collaborazione:

- Supporto all'attività di fine esercizio dei beni di consumo – inventario dei beni di consumo sanitari e non sanitari 2018;
- Supporto all'attività di rilevazione di fine esercizio dei beni di consumo presso strutture terze – inventario dei beni di consumo sanitari presso strutture terze 2018 – AUSL;
- Ciclo passivo - Processi di acquisizione beni e servizi non sanitari;
- Coordinamento alla redazione di una procedura per l'accettazione delle donazioni di beni in natura.

Attività strutturali:

- Ricognizione delle tipologie di controllo di secondo livello;
- Gestione controllata della documentazione e coerenza del documento con il sistema aziendale dei controlli interni. Processo di revisione dei documenti, formalizzazione e introduzione di nuovi documenti;
- Formazione, gruppo regionale IA, confronto con best practice intra ed extra RER.

Follow up:

- Follow-up Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC);
- Follow-up di Audit: processi di selezione e reclutamento del personale presso la S.C Risorse Umane Area Giuridica e Processi di Gestione economica amministrativa relativi ai percorsi di liquidazione presso il Servizio Formazione e Risorse Umane.

Attività progettuali:

- Progetto Anticorruzione-Internal Auditing: incarichi extra istituzionali;
- Progetto Anticorruzione-Internal Auditing: sponsorizzazione eventi formativi;
- Progetto Anticorruzione-Internal Auditing: vigilanza e controllo sulle farmacie – AUSL.

Si è creata una forte sinergia con il Servizio Integrità e Trasparenza al fine di una prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso modalità di verifica del sistema di controlli interni. L'attività di Internal Auditing ha avuto ad oggetto la verifica dell'espletamento delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT, per i processi delle aree a rischio specifiche, nonché per i processi comuni all'intera organizzazione e per le misure di carattere generale. Detta attività è stata svolta in collaborazione con i Direttori ed i Dirigenti dei singoli Servizi, ciascuno per il proprio ambito di competenza. Sono stati portati a termine le verifiche sul Processo di Vigilanza e Controllo sulle Farmacie (Prot. n. 7476 04/02/2020) e sul Processo Autorizzazione/Comunicazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali.

Alla data del 31 dicembre 2019 era stato attuato il 100% del Piano di Audit.

Nell'ambito del contesto sopra illustrato, il Servizio di audit interno nel corso dell'anno ha espletato incarichi di consulenza analizzando i controlli in coerenza con gli obiettivi dell'incarico con particolare attenzione all'eventuale presenza di problematiche di controllo significative. Sono state pertanto compiute attività extra Piano secondo le disposizioni di entrambe le Direzioni Aziendali.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

L'Azienda ha sempre perseguito una politica di protezione e di riservatezza dei dati personali mediante un sistema aziendale che, già nella vigenza della precedente normativa, prevedeva anche attribuzioni di responsabilità a vari soggetti. Con la piena efficacia del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (c.d. GDPR), a far data dal 25 maggio 2018, è diventato ancor più importante il consolidamento di un sistema aziendale privacy, stanti le novità introdotte dal suddetto Regolamento, in un'ottica di accountability (responsabilizzazione del Titolare). L'Azienda ha dovuto pertanto adeguare il proprio operato in tale materia tenendo conto delle nuove previsioni, anche avvalendosi della figura, a supporto del Titolare, del Responsabile della Protezione dei dati (c.d. RPD o DPO). Tale figura, divenuta obbligatoria per le Pubbliche Amministrazioni, è stata designata, così come consentito dall'art. 37 del GDPR, per le Aziende USL di Parma e Piacenza e per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

1. Attività volte a realizzare un sistema di "Informative stratificate", a garanzia dell'effettività dei diritti degli interessati (artt. 13- 14 GDPR).

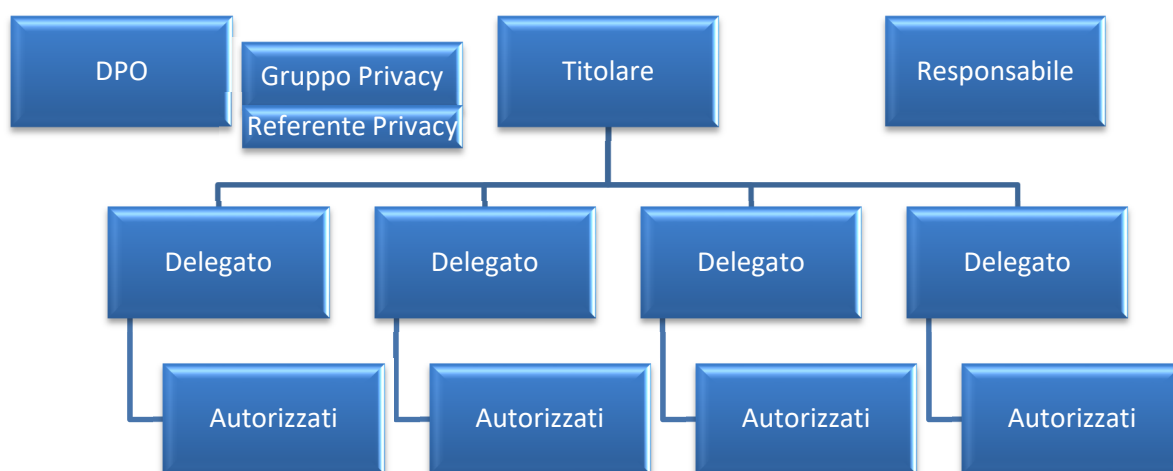
Il Regolamento UE 2016/679 e la normativa italiana attualmente vigente (D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018) hanno confermato la centralità dell'interessato (pazienti, utenti, dipendenti e collaboratori, fornitori...) e dei diritti a questo riconosciuti. Il dovere di informativa (principio di trasparenza) in capo all'Azienda si è dovuto ulteriormente raffinare, poiché la normativa prevede ora un sistema di *informazioni stratificate*. Tale sistema consiste nella predisposizione e validazione di specifici modelli di "Informazioni sul trattamento dei dati" che, affiancandosi ai modelli "generali" e, in taluni casi integrandoli, consentono alle diverse categorie di Interessati di essere messi a conoscenza sulle principali caratteristiche dei trattamenti dei dati personali che li riguardano, compiuti in ambito aziendale.

A seguito di incontri specifici di analisi in merito a peculiari trattamenti di dati, sono state quindi predisposte le “Informazioni sul trattamento dei dati personali” e, laddove richiesto, i relativi consensi, per ambiti di nuova definizione, quali, a titolo meramente esemplificativo, il Punto unico aziendale di prericovero (PUAP) e il Punto Unico di dimissione (PUD) delle cui attività si sono analizzati i principali aspetti inerenti alla protezione dei dati personali con i rispettivi referenti.

Tutti i modelli di “Informazioni” sono stati condivisi in ambito aziendale e pubblicati nelle apposite sezioni (sito web istituzionale e intranet) o messi a disposizione degli interessati.

2. Sistema delle designazioni e organigramma privacy (art. 29 GDPR)

È stato ridefinito il c.d. *organigramma privacy* che fornisce una rappresentazione dei ruoli e delle responsabilità connesse al trattamento dei dati personali.



In correlazione a tale organigramma sono stati predisposti e validati specifici modelli di designazione a Delegato e ad Autorizzato al trattamento dei dati personali, adattati anche a specifici contesti di lavoro, affinché risultino evidenti le responsabilità attribuite a ciascuno dei soggetti che trattano dati sotto l'autorità e con le istruzioni del Titolare (s.v. *Nomina a Autorizzato al trattamento dei dati personali in ambito sanitario e in ambito tecnico/amministrativo, Nomina a Delegato al trattamento dei dati personali in ambito sanitario e in ambito tecnico/amministrativo*).

Sono state pertanto aggiornate e diffuse specifiche istruzioni “generali” al trattamento dei dati personali (pubblicate anche sul cruscotto personale di tutti i dipendenti), responsabilizzando le figure apicali delle diverse articolazioni aziendali nel diffondere le stesse e nell'individuare specifiche indicazioni che tengano conto delle peculiarità dei diversi contesti (s.v. *Manuale ad Uso degli Autorizzati al trattamento dei dati personali, Istruzioni per il trattamento dei dati rivolte a tutti i dipendenti, Istruzioni per i Delegati e il diagramma di flusso per la nomina degli «Autorizzati»*).

Nel corso dell'anno 2019 sono state compiute le attività propedeutiche alla definizione di modelli di designazioni e di istruzioni specifiche sul trattamento dei dati personali per ambiti peculiari.

Nel corso dell'anno 2019 il Titolare ha altresì provveduto all'aggiornamento della composizione del «Gruppo Aziendale per la Privacy», per favorire un approccio multidisciplinare grazie alle competenze di varie professionalità interne e il DPO ha partecipato al tavolo dei DPO regionali istituito dalla Regione.

3. Il trattamento “per conto” del Titolare (art. 28 GDPR)

Per quanto concerne i trattamenti dei dati personali effettuati “per conto” del Titolare (art. 28 del GDPR), in collaborazione con l’AUSL PR, si è provveduto non solo a indicare clausole da tener conto in sede di capitolati di gara, ma anche a predisporre la documentazione utile a procedere alla formalizzazione delle nomine a “Responsabile del trattamento dei dati personali” dei soggetti (fornitori di beni e servizi...), e a definire uno specifico percorso che consenta di provvedere in modo sistematico alla nomina, che avviene a cura delle articolazioni aziendali deputate alle funzioni di espletamento delle procedure per l’affidamento di forniture di beni e servizi nonché di quelle deputate alla sottoscrizione dei relativi contratti/convenzioni (s.v. Adeguamento delle procedure di affidamento dei contratti pubblici al Regolamento (UE) 2016/679 –), con il supporto, se del caso, della Referente Privacy e del Coordinamento Gruppo Privacy.

4. Il Registro delle attività di trattamento

In tale ambito l’Azienda ha provveduto al recepimento delle indicazioni regionali e alle attività propedeutiche all’attivazione del software, già avviate in precedenza con il coinvolgimento diretto delle Strutture aziendali nelle attività di “censimento” dei trattamenti. Attività cui saranno coinvolte tutte le Strutture aziendali nelle fasi successive. Sono stati altresì avviati tavoli di confronto in materia con al DPO e con le Aziende sanitarie di Parma e Piacenza.

5. Il Manuale aziendale in materia di trattamento dei dati personali e il DSE

Nel corso dell’anno 2019, è giunto a compimento il percorso che ha portato all’emanazione della Delibera n. 1478 del 23/12/2019 con la quale è stato adottato il “*Manuale aziendale in materia di trattamento dei dati personali*” che “... contiene disposizioni generali in ordine al trattamento dei dati personali eseguito dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in occasione dello svolgimento delle attività, principali ed accessorie, connesse all’adempimento dei compiti ad essa affidati dalla legge ed al perseguimento dei fini istituzionali...”. Il “*Manuale*” è stato concepito affinché risultasse di agevole consultazione nell’operatività quotidiana ed è stato diffuso in ambito aziendale.

Lo strumento delinea i vari aspetti del Modello privacy aziendale, inteso non in termini di meri adempimenti burocratici per l’adeguamento agli obblighi normativi, ma come cornice delle politiche aziendali in materia di protezione dei dati personali, a tutela dei diritti degli Interessati, al quale sono collegate le peculiari procedure/istruzioni operative per la sua effettiva realizzazione (es. procedura *data breach*).

Nell’ambito di tale quadro l’Azienda ha provveduto alle attività preliminari all’aggiornamento del “*Regolamento per la gestione del “dossier sanitario” all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*”, allo scopo di adattare alle vigenti disposizioni normative anche la disciplina dell’utilizzo di un importante strumento per la cura del paziente.

6. La partecipazione di Strutture e Servizi e la formazione

In questo mutato scenario, ove la protezione e la riservatezza dei dati personali hanno assunto un ruolo centrale nella programmazione e progettazione di trattamenti (c.d. *privacy by design*), la consapevolezza del mutato quadro normativo di riferimento da parte di tutti i dipendenti e collaboratori, di qualsiasi ruolo e con qualsiasi funzione, è un punto cardine di un sistema che deve tendere al miglioramento continuo, con il coinvolgimento di tutti e con l’impiego di maggiori risorse a presidio e sviluppo dello stesso.

In tale direzione, l’Azienda ha continuato a supportare, per mezzo del Coordinamento Gruppo privacy, le diverse articolazioni aziendali, il cui coinvolgimento è stato ricercato già prima del periodo di applicabilità della normativa comunitaria, per l’adeguamento dei processi alla nuova visione.

Si è provveduto in particolare si è lavorato con i Servizi e Uffici amministrativi per individuare la modulistica da aggiornare alla luce dell'attuale quadro normativo, e a contribuire alle attività necessarie a tal fine (es. aggiornamento modulistica SAGA, aggiornamento del Regolamento di funzionamento dell'Organismo paritetico per l'innovazione...).

Sempre nell'ottica di rafforzare la consapevolezza e le competenze dei dipendenti, quale elemento strategico della sicurezza dei dati personali, nel corso dell'anno 2019 il coinvolgimento di Strutture e Servizi è ulteriormente proseguito mediante la realizzazione di eventi formativi/informativi sia "generalisti", rivolti a Delegati e Autorizzati, sia specifici per tematiche (es. tenuta della documentazione sanitaria e protezione dei dati personali, gare, sicurezza informatica, rischio di phishing...) e per Servizi (es. Controllo di gestione, SIA, dipartimento materno infantile...). Sono state altresì effettuate riunioni e colloqui direttamente presso i servizi aziendali (es. Chirurgia senologica, Chirurgia Plastica...), anche su richiesta degli stessi Delegati e dei loro collaboratori.

Consapevole della necessità di rafforzare questa linea d'azione, l'Azienda, per l'anno 2019, ha previsto specifici obiettivi di budget correlati al continuo miglioramento della *compliance* al modello aziendale privacy. Il grado di risposta delle articolazioni aziendali alla descritta implementazione è stato verificato attraverso il monitoraggio degli specifici obiettivi di budget, atti a favorire la diffusione capillare delle disposizioni aziendali richiamate nei punti precedenti e l'acquisizione di una rinnovata consapevolezza della cui importanza si è fatto richiamo. I punti precedentemente trattati consentono di inquadrare i contenuti degli specifici obiettivi e forniscono la cornice all'interno della quale gli obiettivi stessi sono stati configurati.

iv. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

In area Trasparenza e Prevenzione della Corruzione il Piano Performance 2018/2020 riporta i 4 macro obiettivi strategici sempre riproposti nei documenti di pianificazione annuale, i quali informano sulle politiche definite in ogni annualità e forniscono i punti a cui devono ispirarsi obiettivi e azioni concrete per le articolazioni aziendali: impegno, adempimento, miglioramento organizzazione e attività, promozione cultura della legalità.

L'Indirizzo e il coordinamento delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza delle Aziende Sanitarie in Emilia Romagna, anche e soprattutto in attuazione della legge regionale n. 9/2017 (art. 5), sono rimesse ad un tavolo regionale da tempo strutturato, a cui partecipano la Direzione Salute, l'OIV regionale, i RPCT delle Aziende e le funzioni aziendali coinvolte, in particolare quelle dedicate alle Risorse Umane.

La pianificazione e le attività 2019 in materia di trasparenza e anticorruzione hanno visto, come ormai prassi da anni, il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali ed azioni secondo le indicazioni nazionali e regionali.

In separata rendicontazione sono considerati i temi particolari riconducibili alla DGR 977/2019 di programmazione annuale per l'area della trasparenza e della prevenzione della corruzione: la piena attuazione dei Codici di Comportamento adottati nel 2018, con la riproposizione dell'acquisizione della modulistica operativa nella piattaforma GRU in materia di conflitti di interesse, l'adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata. Detti temi sono riconducibili in via generale e specifica ai Codici di Comportamento adottati in tutte le Aziende Sanitarie regionali, secondo uno schema unico approvato a livello regionale. In maggio 2018 è stato infatti adottato dalle due Aziende Sanitarie di Parma il

nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013; è poi stata effettuata ampia attività di diffusione dei contenuti del Codice, anche a cura delle singole unità organizzative.

Seppure i temi Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituiscano un sistema unitario, si ritiene di sottolineare di seguito alcune attività riferite, in parte, ai diversi ambiti.

Prevenzione della Corruzione

Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate come le scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano 2019/2021. Il nuovo Piano, confermato interaziendale, è stato proposto dal RPCT nei termini previsti e deliberato dalle Direzioni aziendali AUSL e AOU a fine gennaio.

Tra le peculiarità da sottolineare: il documento si presenta completo di aggiornamento normativo, riconferma i sistemi in atto di Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione; contiene un ampio capitolo delle attività svolte nell'anno precedente e quindi evidenzia l'evoluzione e lo sviluppo delle attività; comprende diversi allegati che approfondiscono e analiticamente descrivono una serie di temi riportati nel Piano; gli allegati relativi alle misure di prevenzione specifiche poste a carico delle varie unità organizzative risultano ulteriormente ampliati rispetto ai precedenti Piani; confermato il regolamento per l'attuazione dell'accesso civico generalizzato. Il coordinamento dei sistemi è affidato principalmente al RPCT interaziendale, il quale, oltre ad effettuare i monitoraggi possibili, effettua funzioni anche di consulenza, nelle materie considerate, alle varie unità organizzative. La Relazione annuale ai sensi della legge n. 190/2012 è stata regolarmente elaborata e pubblicata secondo le previsioni, successivamente anche esaminata dall'OIV unico regionale.

In tema di formazione, è stato organizzato, su impulso del RPCT, un rilevante convegno il 25 febbraio, con illustri relatori, che ha visto una grande partecipazione di operatori delle due Aziende Sanitarie di Parma; l'iniziativa è risultata apprezzata per i contenuti trattati, oltre al momento di presentazione del Piano interaziendale 2019/2021.

E' stata attivata la piattaforma informatica per la ricezione di segnalazioni da parte dei dipendenti (whistleblowing), unica interaziendale, operativa da febbraio 2019; trattate le segnalazioni pervenute, anche quelle giunte al di fuori della piattaforma. Avviato, in collaborazione con la struttura Internal Auditing interaziendale, il progetto, approvato col Piano complessivo 2019, di controlli su alcuni processi specifici.

Proseguita l'attività di diffusione del Codice di Comportamento unico interaziendale, approvato nel maggio 2018.

Trasparenza (obblighi di pubblicazione e accesso civico)

In tema di Trasparenza, le principali attività sono relative alle pubblicazioni obbligatorie di dati, documenti e informazioni nella sezione web “Amministrazione Trasparente” e l’attuazione dell’istituto dell’accesso civico in base alle norme contenute nei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 97/2016.

Sinteticamente dunque:

- garantite le attività relative agli ambiti considerati, mediante indicazioni periodiche alle unità organizzative, secondo le previsioni contenute nel Piano triennale e nella tabella allegata ad esso in materia di pubblicazioni obbligatorie;
- eseguiti specifici monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nella sezione web “Amministrazione Trasparente”;
- il principale monitoraggio è stato svolto in concomitanza con le attività di attestazione OIV sulla rilevazione indetta annualmente da A.N.AC. , con il coinvolgimento degli OAS aziendali, il cui esito nella primavera 2019 è risultato completamente positivo;
- sono state assicurate le necessarie relazioni con OIV unico regionale e OAS aziendale.

Per l’istituto dell’accesso civico “generalizzato”, si è confermata la regolamentazione contenuta nel piano triennale, monitorandone l’attuazione. La scelta fondamentale di natura organizzativa consiste nell’aver affidato a ciascuna unità organizzativa competente la trattazione degli accessi.

In separata rendicontazione sono considerati i temi particolari riconducibili alla DGR 977/2019 di programmazione annuale per l’area della trasparenza e della prevenzione della corruzione: la piena attuazione dei Codici di Comportamento approvati nel 2018, con la riproposizione dell’acquisizione della modulistica operativa nella piattaforma GRU in materia di conflitti di interesse, l’adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata. Detti temi sono riconducibili in via generale e specifica ai Codici di Comportamento approvati in tutte le Aziende Sanitarie regionali, secondo uno schema unico approvato a livello regionale. In maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013; è poi stata effettuata ampia attività di diffusione dei contenuti del Codice, anche a cura delle singole unità organizzative.

Area Anticorruzione-Trasparenza: Indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2019	Risultato atteso 2019	AOSPU 2019 - Risultato raggiunto
Anticorruzione-Trasparenza					
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza		100		consolidamento	Dato non disponibile per rinvio dei termini di effettuazione dell’attestazione da parte dell’ANAC
% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	52.06	46.44	56.55	miglioramento	50.24

* In attesa dato consolidato su InsiderPer quanto attiene all’assolvimento degli obblighi di trasparenza, nel 2019 si consolida il pieno conseguimento degli standard già conseguiti nel 2018..

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 2019 per perseguire tali obiettivi.

Monitoraggio e Verifica

La Regione Emilia-Romagna ha richiesto, con nota riservato prot. n.36031 del 09/10/17, di intensificare le attività di monitoraggio della qualità degli studi in atto nell'AOUPR. Lo stesso orientamento è stato ribadito nella più recente Delibera Regionale 910/2019 "Sistema di Ricerca e Innovazione del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna", dove si rileva la necessità di attuare "modalità di identificazione, valutazione e gestione di comportamenti non corretti nell'ambito delle attività di ricerca". In ottemperanza a queste indicazioni, nel 2019 l'Azienda ha proseguito con le attività di monitoraggio della ricerca già messe in campo negli anni precedenti, e introdotto nuove azioni.

Visite di monitoraggio studio-specifiche

Nel 2019 l'attività è stata incrementata attuando la verifica della correttezza dei procedimenti seguiti in ogni singolo studio; in particolare, l'intento è stato quello di favorire comportamenti conformi alla normativa nazionale vigente e al regolamento internazionale (GCP, Good clinical practice - insieme di regole che ne disciplinano la correttezza della conduzione).

Nel corso del 2019 sono state effettuate 13 visite di monitoraggio su studi clinici promossi dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. La selezione è stata attuata secondo un algoritmo basato su un set di informazioni associate ad una probabilità di rischio maggiore per i pazienti (studio farmacologico/con Dispositivo medico, multicentrico, numero di pazienti arruolati, presenza soggetti vulnerabili, ecc). Per ogni visita è stato predisposto il report con le deviazioni riscontrate e le raccomandazioni da mettere in atto.

Verifica dell'iter corretto degli studi partendo dalle relative pubblicazioni

In risposta alla richiesta della RER di intensificare le attività di monitoraggio della ricerca (Prot N. 36031 del 09/10/17), nel 2019 è stata attuata un'attività di monitoraggio delle pubblicazioni per verificare se gli studi a cui si riferiscono abbiano seguito l'iter corretto (approvazione del Comitato Etico locale e autorizzazione all'avvio da parte del Direttore Generale). A tale scopo è stata redatta una procedura standard dal titolo "Verifica del corretto iter autorizzativo di studi pubblicati " (MOD13 P001AOUPR). Complessivamente sono state analizzate 173 pubblicazioni di 123 professionisti dell'AOU di Parma afferenti a 50 UO. I casi con problemi sono stati discussi dal Board della Ricerca durante tre incontri, che ha prodotto una relazione trasmessa al Direttore Generale. In particolare, è stata evidenziata una notevole difformità dei

comportamenti per i case series e case report, ed auspicata la definizione di indicazioni univoche da parte della sezione A del Comitato Etico Regionale.

Pubblicazione degli studi conclusi

Nel 2019 è stata avviata una ulteriore azione di monitoraggio, volta in particolare a favorire la diffusione dei risultati della ricerca. Per tutti gli studi promossi dall'AOUPR e conclusi da almeno un anno è stato richiesto al Responsabile Scientifico di indicare i riferimenti bibliografici della pubblicazione corrispondente, o di indicare le ragioni per le quali il progetto non era ancora stato pubblicato. Sono stati contattati n=66 professionisti, per un totale di n=109 progetti in chiusura nel periodo gennaio 2017 – novembre 2018. Da questo lavoro emerge che circa il 60% dei lavori non ha ancora raggiunto il traguardo della pubblicazione scientifica e che i motivi principali (circa 65%) sono generalmente riferibili ad un rallentamento delle fasi finali di reportistica e stesura dell'articolo (35%) o dell'iter editoriale (lavoro inviato alla rivista ma è stato rifiutato e si sta valutando un secondo invio oppure è stato inviato e si è in attesa di una risposta); nella restante parte dei casi i ricercatori adducono motivi relativi alla natura dello studio (finalizzato ad una tesi di laurea), alla scarsa rilevanza del dato emergente, o all'interruzione dello studio stesso.

Collaborazioni e Network

A causa dell'aumento dell'eterogeneità dei dati raccolti per paziente e il conseguente aumento della complessità analitica necessaria alla dimostrazione trasparente e riproducibile di efficacia e sicurezza terapeutica e della validità diagnostica e prognostica di score e markers, la UO R&I ha intensificato la sua expertise e conoscenza in ambito di "high dimensional data" e di "precision medicine" garantendo sin dalla fase di ideazione, come Unità di Ricerca collaborante, il rigore statistico-metodologico in progetti scientifici costituiti da team di ricerca multi-professionali e internazionali. In particolare, nel 2019 la Statistica Medica ed Epidemiologia ha collaborato fattivamente a 15 studi spontanei coordinati dall'AOUPR, compresi quelli presentati nell'ambito dei Bandi Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e Horizon2020.

Sempre nell'ottica di costruire una collaborazione costruttiva multidisciplinare, nel 2019 è stato chiesto ai Direttori di UO di nominare un Referente della Ricerca, al fine di instaurare una rete di professionisti motivati di riferimento per le attività di ricerca delle singole Strutture. I Referenti hanno collaborato, in particolare, con la UO Ricerca e Innovazione alla realizzazione di eventi formativi-informativi "personalizzati" rivolti al personale del reparto, finalizzati a migliorare la qualità della ricerca partendo dalle peculiari criticità rilevate nella Struttura. Per raggiungere questo obiettivo, sono stati dapprima effettuati 3 incontri in plenaria per condividere il programma dell'evento, seguiti da 17 eventi direttamente nei reparti, coinvolgendo tutto il personale che attua progetti di ricerca. Alla fine di ogni evento è stato redatto un report con gli argomenti discussi e le eventuali decisioni prese. In generale, i partecipanti hanno espresso un giudizio favorevole ritenendo tale modalità molto più proficua rispetto ad altri eventi di carattere più generale.

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 2019 è stata attuata la settima Edizione del Programma Formativo "Ricerca clinica di qualità: dalla stesura del protocollo al letto del paziente", dedicato ai diversi aspetti chiave della realizzazione degli studi clinici. Il corso è stato composto da 8 eventi, accreditati separatamente. Ai 15

professionisti che hanno completato il percorso formativo e superato i test di apprendimento è stato erogato 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 2019 si è proseguito con il ciclo di incontri aperti al pubblico denominato "La Ricerca Scientifica Spiegata ai Pazienti". Elemento caratterizzante di tale attività è stato il consolidamento di stretti rapporti con la rete delle associazioni di volontariato del territorio, coinvolgendole maggiormente fin dalla pianificazione degli incontri. In particolare il 30 novembre 2019 si è svolto l'incontro sulle paralisi facciali e la Sindrome di Moebius, che ha riscosso particolare successo, con una notevole partecipazione di pubblico – pazienti, familiari e cittadini – anche grazie all'impegno dell'Associazione Italiana Sindrome di Moebius ONLUS.

Trasparenza della Ricerca

Diffondere la ricerca dell'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 tal fine in particolare, nel 2019 è stata creata sul sito istituzionale una sezione ad hoc al (altri contenuti/informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci), in ottemperanza alla normativa di riferimento (Decreto Legislativo n. 52 del 14/05/2019) e alla nota regionale PG/2019/0915511 del 17/12/2019. La sezione contiene l'elenco degli studi in corso, il cui contenuto viene aggiornato trimestralmente.

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 2019 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 31/12/2019 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 100 unità (di cui 18 di Prima fascia, 50 di Seconda fascia e 32 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 50 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 evidenzia che a far tempo dal 15 novembre 2019, alla luce del nuovo assetto organizzativo della Direzione delle Professioni Sanitarie deliberato con atto n. 375 del 9/4/2019 ed in coerenza con le nuove funzioni agite nella definizione delle strategie aziendali sulle politiche di programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale, i dipendenti assegnati a supporto della didattica dei corsi di laurea afferiscono alla Direzione delle Professioni sanitarie (nota DG n. 46265 del 8/11/2019).

L'impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica, è altresì realizzato dall'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 2018/2019 riguarda almeno 150 professionisti ospedalieri, fra dipendenti dell'Azienda titolari di docenze conferite dall'Università degli Studi di Parma e titolari di 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 2019 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 2018/19 è stato pari a 4.392 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. Nell'aa 2017/2018, iniziato il 1° novembre 2018 e conclusosi il 31 ottobre 2019, le Scuole autonome di Specializzazione in ambito sanitario dell'Università degli Studi Parma erano 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. Relativamente all'accreditamento delle Scuole di Specializzazione per l'anno accademico 2018/2019 iniziato il 1° novembre 2019, si evidenziano alcune variazioni per le coorti 2018/2019 delle Scuole di Specializzazione di Anestesia Rianimazione, terapia intensiva e del dolore e di Chirurgia Toracica le quali hanno ottenuto l'accreditamento come Scuole Autonome e per le Scuole di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica; Ematologia; Endocrinologia e Malattie del Metabolismo; Malattie dell'apparato cardiovascolare; Malattie dell'apparato digerente; Medicina Legale e Radioterapia hanno ottenuto l'accreditamento in convenzione con altri Atenei. Per le Scuole di cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede Collegata ad altri Atenei, si segnala per la coorte 2018/2019 che per la Scuola di Neuropsichiatria Infantile l'Azienda è sede collegata alla rete formativa dell'Ateneo di Bologna, le ulteriori convenzioni in qualità di Sede collegata restano invariate.

Il numero complessivo dei medici in formazione che nel 2019 hanno frequentato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato pari a 670 unità, di cui 568 immatricolati dall'Università degli Studi di Parma e 102 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

L’Accordo bilaterale Università degli Studi Parma e Direzione dell’Ausl di Parma per le suddette sedi ulteriori è stato sottoscritto dal Magnifico Rettore e dal Direttore Generale dell’Ausl in data 2/7/2019.

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 Dlgs. 517/99, d’intesa tra l’Università degli Studi di Parma, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l’Azienda Sanitaria Locale di Parma.

In base a quanto previsto dal Protocollo di Intesa Regione-Università, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha inoltre rilasciato in data 22 novembre 2019 l’assenso alla proposta dell’Ateneo di Parma per l’individuazione della sede ulteriore di Azienda sanitaria diversa dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, relativamente alla sede ulteriore U.O.C. “Ortopedia e Traumatologia” dell’Ospedale “Guglielmo da Saliceto” dell’AUSL di Piacenza, per lo svolgimento dell’attività didattica teorico-pratica prevista per gli insegnamenti inerenti il settore scientifico disciplinare MED/33 Malattie apparato locomotore e per l’effettuazione del percorso formativo della scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia.

Per tale individuazione di sede ulteriore, rispetto alla sede di riferimento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sono stati raccolti i necessari pareri del Comitato Regionale di Indirizzo (seduta del 18/12/2019), della CTSS (seduta del 11/12/2019) e del Comitato di Indirizzo Aziendale (2/01/2020).

L’individuazione di tali strutture quali “sedi ulteriori” per lo svolgimento di compiti didattici e scientifici, favorisce l’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 2018)	AOSPU PARMA (valore 2018)	Risultato atteso 2019	AOSPU 2019 - Risultato raggiunto
Impact factor normalizzato (Ifn) °	2.807	2.422	Mantenimento	2954
Ifn per ricercatore §	6	5	Mantenimento	4
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	15	Mantenimento	16
Grado di qualità &	13%	13%	Mantenimento	9%

° 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 (solo articles) pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore, convenzionalmente intese come con IFN >6

Nota: il *Journal Citation Report* non ha reso disponibili i valori di IF (Impact Factor) relativi all'anno 2019 in tempo utile per la valutazione, pertanto i calcoli in tabella sono stati effettuati prendendo in considerazione il valore degli IF pubblicati nel 2018.

IFN è aumentato da 2422 (valore 2018) a 2954 (valore 2019)

IFN per ricercatore è diminuito da 5 (valore 2018) a 4 (valore 2019)

Numero di progetti di ricerca finanziati con bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa si è mantenuto costante (15 valore 2018, 16 valore 2019)

Grado di qualità è diminuito da 13% (valore 2018) a 9.2% (valore 2019)

ii. Area di performance dello sviluppo organizzativo

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi svolti nel 2019 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
La preparazione relazionale all'intervento di Cardiochirurgia	La valutazione di trasferimento è stata sviluppata utilizzando schede di osservazione sui comportamenti relazionali agiti dai partecipanti con i pazienti nella fase pre-operatoria
Team building in Riabilitazione	Per la valutazione di trasferimento è stato inviato ed elaborato un questionario ai partecipanti finalizzato a rilevare il mantenimento e la validità degli apprendimenti conseguiti nel percorso formativo
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio – sanitarie	E' stata effettuata una valutazione di trasferibilità con questionari ex ante e ex post
Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna	Analisi e valutazione dei report sulle cadute
Progetto di sviluppo di capacità di valutazione del neoassunto/neo inserito e gestione del collaboratore.	A seguito del percorso formativo è stata modificata la scheda di valutazione del neoassunto
Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate	Dal percorso formativo sono esitati i regolamenti dei dipartimenti amministrativi integrati. I risultati prodotti sono poi stati socializzati in un incontro plenario con i partecipanti e le Direzioni Amministrative
Definizione del profilo di competenze dell'infermiere del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	E' stato definito in focus group il profilo delle competenze trasversali ideali dell'infermiere del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche . Il profilo è stato poi ridefinito sulla base degli indicatori comportamentali raccolti tramite questionario rivolto a tutti gli infermieri del dipartimento. Tale profilo ha poi orientato la programmazione formativa 2020.

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 2019 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 2019;
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica;
- valutazione dei direttori/responsabili delle strutture complesse e semplici sulle modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività riportate nelle schede di budget 2019.

Per l'anno 2019 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

Per il personale del Comparto Sanità, a partire dall'esercizio 2019, la produttività collettiva è stata disposta per quote di incentivazione, che rappresentano stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi aziendali, connessi al Piano delle Performance e agli strumenti di programmazione aziendale. La produttività viene erogata sulla base di verifiche mensili, a seguito delle relazioni predisposte dai Responsabili Aziendali degli Obiettivi di Performance organizzativa, nonché sulla base dei dati forniti dal Dipartimento di Valutazione e Controllo. Il Percorso di Performance organizzativa ai fini del riconoscimento della produttività collettiva per stati di avanzamento mensili relativo al personale del Comparto ha visto il coinvolgimento dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del SSR, al quale è stata sottoposta inizialmente la definizione metodologica del processo di individuazione, attribuzione e valutazione della Performance organizzativa, che è stato oggetto della Preintesa siglata con le OO.SS.. L'OAS ha preso visione delle Indicazioni procedurali di monitoraggio che l'Azienda ha previsto ed ha effettuato la verifica metodologica del raggiungimento degli stati di avanzamento mensili.

Per ogni obiettivo è stato individuato un Responsabile obiettivo/verifica che cura il monitoraggio mensile grazie a una rete di Referenti della rendicontazione di obiettivo e/o di Incaricati di monitoraggio con modalità di rilevazione diverse e specifiche per singolo obiettivo. La condivisione/assegnazione degli obiettivi con i singoli professionisti o operatori dell'Azienda afferenti al comparto è stata effettuata utilizzando l'applicativo GRU, grazie al quale ogni dipendente ha visionato gli obiettivi assegnati sul Cruscotto personale.

Valutazione delle competenze

Nel corso del 2019, è stato approfondito e sviluppato, nell'ambito del "Percorso Interaziendale di attuazione del sistema di valutazione integrata del personale", anche il processo di valutazione individuale annuale delle competenze con l'elaborazione della scheda per la valutazione individuale delle competenze trasversali, frutto del lavoro del gruppo multi-professionale che ha costituito il Tavolo interaziendale nominato con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906), si veda il successivo capitolo "Il governo delle risorse umane" per ulteriori dettagli sul Piano di avvicinamento al sistema di valutazione integrata del personale di cui alla delibera OIV-SSR 5/2017). Il materiale sulla valutazione delle competenze trasversali prodotto dal Tavolo interaziendale (la scheda e il dizionario/repertorio delle competenze trasversali) è stato sottoposto a test con il coinvolgimento di oltre un centinaio di professionisti di entrambe le Aziende sanitarie di Parma che hanno sperimentato lo strumento e lo hanno poi analizzato in dettaglio attraverso la compilazione di un questionario appositamente costruito. Tale materiale è stato inoltre presentato alle OO.SS. della Dirigenza e del Comparto.

La valutazione individuale delle competenze trasversali verrà resa operativa non appena possibile in relazione all'emergenza COVID.

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

Sono stati ripresi, per l'anno 2019, i seguenti impegni delle Direzioni aziendali:

- 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;
- 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;
- 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. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'Azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso.

Nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato, la Direzione Generale si è impegnata a raggiungere il pareggio civilistico di bilancio, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2019 riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva, attraverso l'individuazione e la realizzazione tempestiva di tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali. L'Azienda è difatti tenuta ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, seppure 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'esercizio 2019 è stato caratterizzato da un livello di costi in aumento, con ricadute sui bilanci aziendali anche di politiche nazionali (in primis i rinnovi contrattuali) e regionali (revisione ticket, di cui alle DD.GG.RR. 2075/18 e 2076/18, e maggiore supporto finanziario a carico del FSR, in relazione anche al progressivo adeguamento al DPCM sui LEA), non affrontabili con le ordinarie disponibilità annuali. La programmazione regionale è stata quindi impostata, da un lato assicurando alle aziende sanitarie il finanziamento delle ricadute delle politiche nazionali e regionali, valorizzando al contempo risparmi (le ricadute positive sui bilanci delle singole aziende delle gare Intercent-ER) e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema.

Ai fini della definizione del fabbisogno complessivo per l'anno 2019, sono stati attentamente valutati i possibili risparmi derivanti dall'adesione alle gare Intercent-ER sull'acquisto di farmaci e al perseguimento di obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico.

La programmazione aziendale è stata impostata seguendo i criteri previsti a livello regionale volti a stabilizzare, rispetto all'anno precedente, la spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusi i farmaci rientranti nel fondo innovativi non oncologici e nel fondo oncologici innovativi-gruppo A, nonché l'ossigeno) seppur con dinamiche differenziate, in quanto a fronte di incrementi per talune categorie di farmaci, nonché per i farmaci oncologici del gruppo B, si ipotizzano sensibili azioni di risparmio quali l'adesione alla gara di acquisto farmaci di IntercentER e l'utilizzo di biosimilari.

L'andamento economico è stato oggetto di una costante e attenta attività di controllo e monitoraggio attraverso incontri promossi e strutturati della Direzione aziendale con i Servizi aziendali gestori di budget al fine di valutare eventuali criticità così da porre in essere azioni correttive tempestive e condivise. E' altrettanto oggetto di costante analisi la sostenibilità patrimoniale dell'Azienda e la struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. Gli incontri periodici del board degli investimenti sono infatti indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto.

Ottimizzazione della gestione finanziaria

Nel corso del 2019 sono proseguite le azioni, già intraprese, 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. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a medio lungo termine. Si ricorda che nell'anno 2019 l'Azienda non si è avvalsa dell'anticipazione di tesoreria.

La Direzione aziendale è stata impegnata a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, anche in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019). L'indicatore relativo all'anno 2019, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -18,73 giorni.

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono stati i presupposti per la corretta relazione col mercato e per la tempestività dei pagamenti.

La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale, in sezioni dedicate dell'Amministrazione Trasparente nel sito istituzionale, dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016. L'Azienda ha dato applicazione delle disposizioni contenute:

- agli artt. 33 e 41 del D. L. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016;
- all'art. 41 del D. L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

Si è inoltre provveduto all'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuate nell'anno 2019.

Il miglioramento del sistema informativo contabile

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, nel corso del 2019 la Direzione si è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci con altre Aziende sanitarie 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.

Nell'anno 2019 è stata inoltre assicurata, sia in sede di predisposizione del bilancio economico preventivo e consuntivo che nelle rendicontazioni trimestrali e straordinarie, 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 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 della Piattaforma web nelle scadenze prestabilite.

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

Nel corso del 2019, oltre all'avvio di un primo gruppo di Aziende Sanitarie (compresa la GSA), proseguono le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo al fine di garantire l'avvio dei gruppi di aziende per step successivi, secondo la programmazione regionale.

Particolare attenzione è rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC.

Nel 2019 ha preso avvio il modulo della Gestione Regionale Dati finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi economici e patrimoniali per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP). L'Azienda è impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

Inoltre, sono state poste in essere le azioni necessarie a:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per il governo delle Anagrafiche Centralizzate e per l'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC;

- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire gli avvisi dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Il governo di processi di acquisto di beni e servizi

Con delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER.

L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore commitment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.

Per realizzare tale obiettivo nel 2019 è stato ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti. A tal fine l'Azienda si è impegnata:

- a garantire la partecipazione incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- a garantire l'adesione tempestiva ed efficace alle iniziative di acquisto regionali.

Inoltre La legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre 2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo. Per il 2019 l'Azienda si è impegnata:

- ad assicurare la collaborazione per lo sviluppo e l'adozione di forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto al fine di ridurre risorse impegnate ed errori;
- ad aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

Sono proseguite nel 2019 le attività già avviate 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 2019 si è dato 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 2019, relativamente alle adesioni alle convenzioni di intercent-er, parametro introdotto per la prima volta nel 2019, si evidenzia un andamento incrementale rispetto al 2018.

È stata inoltre ampiamente utilizzata la piattaforma di e-procurement mediante la pubblicazione su SATER di 144 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. Nel 2019 si è conclusa la procedura di gara ed entro l'anno sono state attivate tutte le convenzioni. I risultati economici e qualitativi sono stati molto soddisfacenti.

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 fornite dalla Regione con DGR 1412 del 03/09/2018 e successivamente con nota di aggiornamento del 05.08.2019, 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 2019-2021. Il medesimo è stato predisposto dalle SC Area Giuridica e SC Area Economica con la collaborazione della Direzione delle Professioni Sanitarie e la supervisione del Direttore del Dipartimento Interaziendale Risorse Umane ed è stato approvato in via definitiva con deliberazione n. 1266 del 06.11.2019 a seguito di autorizzazione regionale nel rispetto delle tempistiche comunicate.

Le assunzioni cui si era proceduto nel frattempo, che comunque sono state ricomprese nel suddetto piano, 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 .

Nel corso del 2018 l'Azienda ha 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. Per l'area della dirigenza Medica e Sanitaria, in attuazione, dello specifico protocollo regionale siglato in data 04.05.2018, i percorsi di stabilizzazione relativamente al comma 1 dell'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 si sono completati nel secondo semestre dell'anno 2018 e le relative assunzioni sono avvenute entro gennaio 2019, mentre il percorso relativo all'attuazione del comma 2 dello stesso articolo attraverso lo svolgimento di concorsi riservati è in parte ancora in corso di svolgimento.

L'Azienda, già a far tempo dal 2018, 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 infermiere/fisioterapista/e ostetriche banditi da altre Aziende e già conclusi nonché, nel 2019, a quelli di assistente amministrativo e collaboratore amministrativo area giuridica e collaboratore amministrativo - area economico-finanziaria di cui è capofila l'Azienda USL di Parma, che sono conclusi nel gennaio 2020, programmatore Cat. C e collaboratore tecnico informatico Cat. D, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, ortottista ancora in corso di espletamento e che si concluderanno nel 2020, compatibilmente con l'emergenza COVID.

Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale). Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione "sul campo" a favore degli operatori individuati nei distretti dell'AUSL cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi SIA-AOU e RIT USL, 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. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la formazione, ma il rilascio del modulo è previsto nel primo semestre 2020.

Non risulta ancora disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche con costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze.

“Percorso Interaziendale di attuazione del sistema di valutazione integrata del personale” - attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al “modello a tendere” secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR:

Per dare operatività al Piano di avvicinamento è stato istituito un Tavolo di lavoro interaziendale e multi-professionale con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906).

Il gruppo interaziendale ha elaborato (al 30 aprile 2019 - trasmessa alle Direzioni Aziendali con nota del 6/5/2019 prot. AUSL 29460) una proposta di definizione/revisione di criteri, modalità operative e strumenti per la valutazione annuale di risultato e per la valutazione individuale delle competenze secondo le linee previste nella delibera 5/2017 OIV-SSR, nelle priorità stabilite dall'OIV-SSR e nel Piano interaziendale stesso.

I lavori del Tavolo interaziendale hanno tenuto conto, nello sviluppo dei contenuti relativi alla valutazione individuale annuale, degli obiettivi del Piano di seguito richiamati:

1. La definizione di una logica di sistema tra i diversi ambiti in cui si articola la valutazione del professionista/operatore all'interno dell'organizzazione;
2. Lo sviluppo e la strutturazione anche formale dei rapporti della valutazione individuale con quella organizzativa;
3. La promozione e il rafforzamento di una cultura organizzativa diffusa sulla valutazione e la comprensione dei ruoli che agiscono tale funzione.

Con riferimento alla performance organizzativa, le Aziende hanno separatamente siglato con le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto un Accordo in ordine al sistema di incentivazione del personale che prevede per l'esercizio 2019 la valutazione individuale di risultato utilizzando la scheda del Contributo individuale. L'implementazione di tale valutazione era prevista per i primi mesi del 2020 quando è esplosa l'emergenza COVID.

Per il personale del Comparto Sanità, a partire dall'esercizio 2019, la produttività collettiva è stata disposta per quote di incentivazione, che rappresentano stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi aziendali, connessi al Piano delle Performance e agli strumenti di programmazione aziendale. La produttività viene erogata sulla base di verifiche mensili, a seguito delle relazioni predisposte dai Responsabili Aziendali degli Obiettivi di Performance organizzativa, nonché sulla base dei dati forniti dal Dipartimento di Valutazione e Controllo.

In entrambe le Aziende, per la Dirigenza la produttività collettiva viene erogata solo a saldo in esito alla valutazione del processo di budget e del Piano Azioni.

E' stata inoltre presentata alle OO.SS. della Dirigenza e del Comparto la scheda per la valutazione individuale delle competenze trasversali, esito del lavoro del Tavolo interaziendale sottoposto a un test che ha coinvolto oltre un centinaio di professionisti di entrambe le Aziende. La valutazione delle competenze verrà resa operativa non appena possibile in relazione all'emergenza COVID.

In data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) è stata trasmessa all'OIV-SSR la rendicontazione del Piano inter-aziendale di avvicinamento al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende. Con nota prot. 1435 del 15.01.2020 è stata trasmessa all'OIV-SSR la rendicontazione al 31 dicembre 2019 del Piano inter-aziendale di avvicinamento - Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con allegata la bozza di scheda di valutazione annuale individuale delle competenze trasversali esitata dal percorso di test effettuato nelle due Aziende.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni OO.SS.

Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Le Direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate presso la Regione al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. E' stato anche assicurata la presenza di referente aziendale sul tavolo di coordinamento GRU.

A fine 2019 è stato sottoscritto il Contratto collettivo integrativo aziendale con le rappresentanze sindacali dell'area Comparto, che ha ottenuto la positiva certificazione da parte del Collegio Sindacale ad inizio 2020.

Costi del personale

- 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 dei PTFP e degli Accordi sottoscritti:
- Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con la Direzione delle professioni sanitarie ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Area Economico-Finanziaria: Indicatori

Indicatore	Valore RER 2018	AOSPU PARMA (valore 2018)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	AOSPU 2019 - Risultato raggiunto
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	93.1	98.99	95.18	consolidamento	99.22
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		-10.45		<=0	-18.73
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%	100%
Avvio SIOPE+ (introdotto dalla programmazione 2018)		100%		100%	100%

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. È stata successivamente avviata la procedura ad evidenza pubblica per l'affidamento dei lavori di costruzione dell'edificio, la cui aggiudicazione è prevista entro l'estate del 2020.

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 2019 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. È stata completata la progettazione esecutiva di tutti gli interventi compresi nel PI.1, approvata dal gruppo tecnico regionale, e nel corso del 2019 sono state avviate le procedure per l'affidamento dei lavori, la cui aggiudicazione è prevista entro i primi mesi del 2020.

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.

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 e successiva aggiudicazione sono 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 stati ultimati gli interventi S05 – Interventi di Straordinaria Manutenzione ed S06 – Ammodernamento tecnologie informatiche e biomediche, relativamente ai quali sono in fase di predisposizione gli atti di regolare esecuzione per l'erogazione all'impresa aggiudicataria delle somme a saldo, prevista per i primi mesi del 2020.

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.

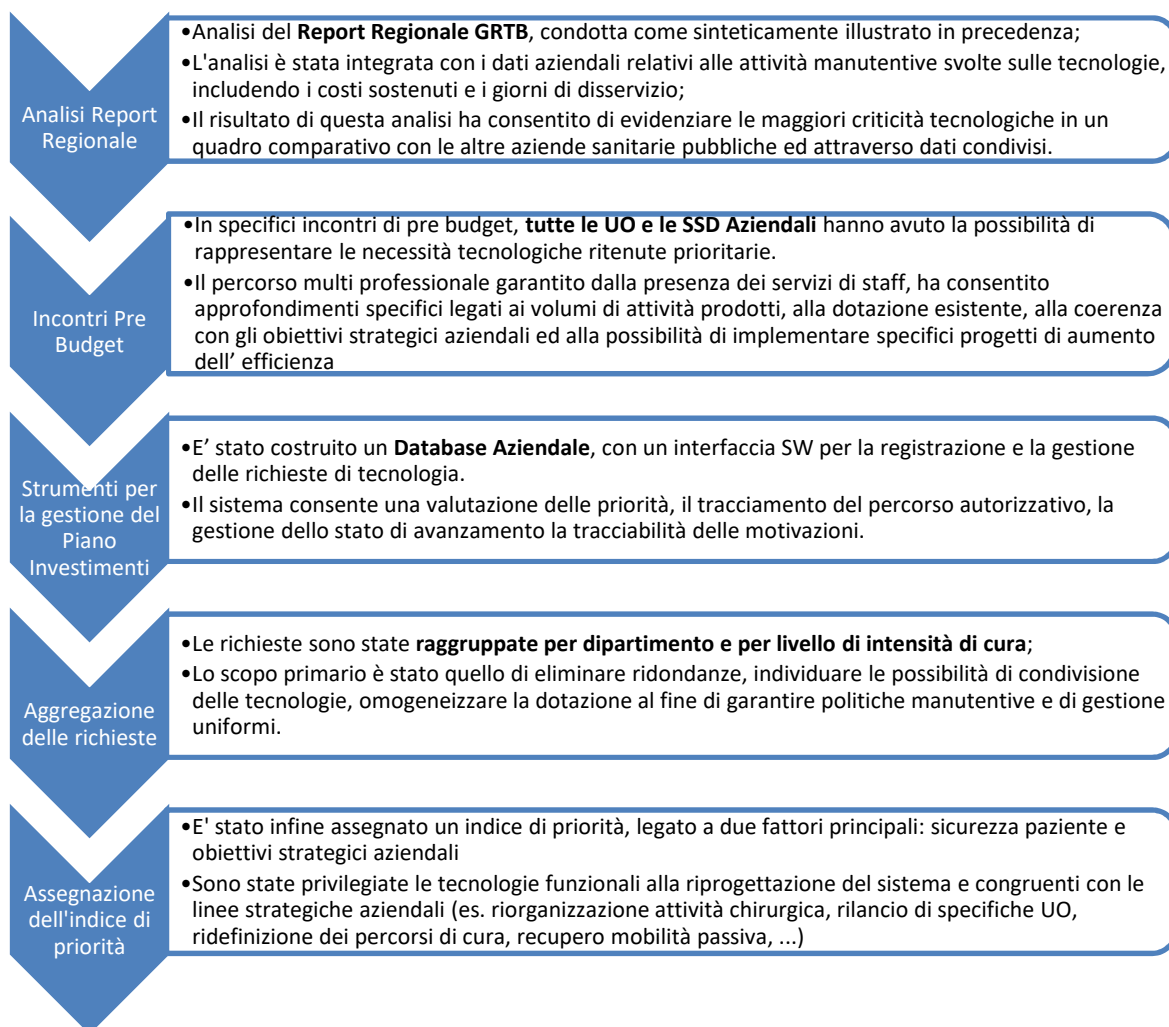
Per quanto riguarda le azioni relative alla mobilità sostenibile il 2018 ha visto un deciso progresso nella direzione di una gestione integrata delle politiche di mobility management attraverso il conferimento delle funzioni di Mobility Manager Aziendale alla figura che già ricopriva il medesimo ruolo 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 Volturmo.

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.

Unità operativa		Finanziamento		Progetto/Budget:		Elenco Investimenti	
Tutte		Investimenti Fondi Aziendali 2016		Tutte		€ 2.816.696,17	
1	Ristrutturazione UTIC 2016	1	Ristrutturazione UTIC 2016	31	AOSP Parma Cardiologia	MON	Modulo per sistema di mor...
2	Adeguamento sala E221	2	Adeguamento sala E221 per elettrofisiologia	32	AOSP Parma Attività Comuni Dipartimentali	ECL	Ecografo portatile
5	Sostituzioni Urgenti 2016	5	Rinnovo AB per emergenze derivanti da FU	35	AOSP Parma Chirurgia Vascolare	TOP	Piano radiotrasparente per
6	Richieste 2016	6	Richieste pervenute al SIC - Richieste formalizz...	36	AOSP Parma Chirurgia Vascolare	PRD	Portatile per radioscopia
8	Avvio Attività Chirurgia Vascola	8	Investimenti urgenti per avvio attività vascolari	38	AOSP Parma Otorinolaringoiatria e Oton	ELB	Bisturi a risonanza molec...
				45	AOSP Parma Pneumologia ed Endoscopi	VBR	Videobroncoscopi (vedi Not5
				46	AOSP Parma Neurochirurgia	MOP	Microscopio Operatorio
				48	AOSP Parma Radiologia	TAC	Tomografo Assiale Comput
				52	AOSP Parma Urologia	STE	Colonna per endoscopia di...
				54	AOSP Parma Urologia	UTS	Ureteroscopio Flessibile
				55	AOSP Parma Clinica Chirurgica e Terapia	STE	colonna laparoscopica
				57	AOSP Parma Radiologia	TTE	tavolo telecomandato
				60	AOSP Parma Ortopedia	TOR	Trapani ortopedici
				62	AOSP Parma Cardiocirurgia	UTE	Telemeria + centrale per 221
				63	AOSP Parma 1* Anestesia e Rilazionaz	ANS	Sistemi di anestesia + Moni 11
				64	AOSP Parma Ortopedia	LSC	Lampada scialitica
				67	AOSP Parma Attività Comuni Dipartimentali	ELB	Elettrobisturi
				71	AOSP Parma Ortopedia	TOP	Tavoli operatori
				80	AOSP Parma Ortopedia	IPC	Diafanoscopi Digitali
				29	AOSP Parma Cardiologia	PIN	Rack infusionali completi di 4
				43	AOSP Parma Medicina Interna e Lungodi	ACI	Micromotore
				44	AOSP Parma Cardiologia	POG	Poligrafico per emodinamica

I risultati dell'analisi preliminare sono stati in seguito riuniti ed analizzati alla luce dei progetti di riorganizzazione trasversale delineati dalla direzione strategica.

Da ultimo, sono state individuate quattro principali aree di intervento, necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

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

Figura 1 - Azioni garantite dal piano di rinnovo tecnologico

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

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

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

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

Risultati

Congruentemente con la metodologia descritta, il piano delle attività 2019 per le tecnologie biomediche è stato concluso con le attività principali riportate in sintesi nella tabella seguente.

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
Investimenti	<p>Angiografi per emodinamica</p> <p>Diagnostiche radiologiche di PS e Scienze Radiologiche</p>	<p>Chirurgia Urologica</p> <p>Comparto operatorio per Emergenza</p> <p>Immunogenetica</p> <p>DH Oncologico</p>	<p>Emergenze per Fuori Uso (Rischio continuità assistenziale \ Liste di attesa):</p> <p>Ecotomografi</p> <p>Arco a C</p> <p>Colonne laparoscopiche</p> <p>Strumentazione ottica rigida e flessibi</p>	<p>Rete EEG di neurologia</p> <p>Integrazione Pacs interaziendale</p>
Service	<p>Laser urologico</p>			<p>Rinnovo strumentale settore di chimica clinica con sistemi ad elevata automazione</p>
Noleggio				
Contratti di Manutenzione				
Donazioni				<p>Robot Chirurgico</p>

Occorre sottolineare come, grazie a un importante contributo da parte di Fondazione Cariparma, nel corso del 2019 sia stato possibile acquisire il robot chirurgico Da Vinci, una tecnologia di fondamentale importanza per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, che rappresenta un'assoluta eccellenza tecnologica nel contesto provinciale e regionale, consentendo di evolvere verso le più moderne tecniche chirurgiche in un ampio range di discipline specialistiche.

Il percorso di acquisizione ha seguito le necessarie procedure istruttorie di discussione nell'ambito del GRTB regionale da parte del servizio competente (ingegneria clinica)

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 2019 sono complessivamente in linea con le indicazioni previsionali, e in miglioramento rispetto al 2018 su diverse aree a testimonianza degli sforzi di monitoraggio e governo degli andamenti.

Per l'**Area dell'Accesso e domanda**, la performance relativa agli indicatori relativi al Pronto Soccorso (% di abbandono e tempi d'attesa) sono migliorati rispetto all'anno precedente.

Riguardo all'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero, nel 2019 l'Azienda ha proseguito e ulteriormente implementato 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. Tra le diverse azioni intraprese si ricordano: a) piano provinciale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021; b) protocolli per esecuzione interventi presso ospedali privati accreditati della provincia; c) miglioramento degli indici di performance delle prestazioni oggetto di monitoraggio, d) implementazione progetto riorganizzazione sale operatorie con particolare riferimento alla separazione dell'attività di urgenza da quella di elezione; e) Attività del PUAP (Punto unico Aziendale del prericovero). Si evidenzia infatti che per i tumori selezionati si ha un indice di performance pari al 93,22 % consolidando il trend dell'anno precedente. Anche per le protesi d'anca (89,7%, + 56%) e per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (70,6%, +10,9%) si registrano indici di performance in miglioramento.

Il netto miglioramento dell'indice di performance delle protesi d'anca è stato determinato grazie ad un progetto di riorganizzazione dell'area ortopedica, con distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto anche un aumento delle sedute operatorie dedicate alla casistica in elezione, nonché, in generale, da azioni di miglioramento e perfezionamento organizzativo-gestionale implementate nel corso del 2019. Inoltre è stato registrato un recupero dei tempi d'attesa per la chirurgia generale, particolarmente accentuati dall'inserimento, tra gli interventi monitorati, della colecistectomia videolaparoscopica.

Nell'**Area Produzione – Ospedale** l'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici è risultato in lieve peggioramento rispetto a quello dell'anno precedente ma le azioni intraprese e le progettualità attivate dovrebbero in prospettiva determinare, su tale fronte, un miglioramento della performance.

Oltre a quanto più sopra richiamato, si evidenzia che 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). Inoltre, a partire dal mese di ottobre 2019, la Direzione ha attivato un tavolo di monitoraggio e programmazione bisettimanale delle dimissioni finalizzato a migliorare la degenza media dei ricoveri di area internistica in attuazione del Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, con risultati positivi.

Inoltre l'AOU di Parma nel corso del 2019 ha proseguito le azioni a supporto del miglioramento continuo dell'appropriatezza nell'utilizzo dei vari setting assistenziali e, quindi, coerentemente con l'organizzazione, al governo e trasferimento eventuale della risposta verso il setting assistenziale più appropriato. Questo ha

consentito di consolidare la performance in relazione ai drg ad alto rischio di inappropriatazza conseguendo il target atteso, e riducendo di circa il -3,9% il numero assoluto di casi rispetto all'anno 2018

Nell'Area **Produzione – Territorio** 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).

Per l'Area dell'**Anticorruzione e Trasparenza** si evidenzia un'ottima performance (in particolare per quanto attiene all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, infatti il risultato dell'indicatore % centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale è in netto miglioramento rispetto al 2018 e superiore alla media regionale.

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 2019.

In particolare nel corso del 2019 è stato possibile acquisire il robot chirurgico Da Vinci, una tecnologia di fondamentale importanza per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, che rappresenta un'assoluta eccellenza tecnologica nel contesto provinciale e regionale, consentendo di evolvere verso le più moderne tecniche chirurgiche in un ampio range di discipline specialistiche.

5 Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2019 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 977/2019”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d'esercizio 2019 (Deliberazione n. 00528 del 29/05/2020).

Allegato 1

Linee di Programmazione Regionale - DGR 977/2019

Monitoraggio Annuale 2019

Azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della Programmazione annuale regionale di cui alla DGR 977/2019

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

- 1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n.19/2018
- 1.2 Sanità Pubblica
 - 1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive
 - 1.2.4 Programmi di screening oncologici
 - 1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita
 - 1.2.6 Strutture sanitarie, socio-assistenziali e sociosanitarie
- 1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

2 - Assistenza territoriale

- 2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- 2.3 Ospedali di Comunità
- 2.4 Assistenza Protesica
- 2.5 Cure palliative
- 2.6 Continuità assistenziale - dimissioni protette
- 2.7 Materno Infantile-percorso Nascita
 - 2.7.1 Percorso Nascita
 - 2.7.3 Percorso IGV
 - 2.7.4 Procreazione Medicalmente Assistita
- 2.8 Contrasto alla violenza di genere
- 2.9 *Salute in età pediatrica e adolescenziale*
 - 2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti
- 2.11 Formazione specifica in medicina generale
- 2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici
 - 2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica RER
 - 2.15.2 Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica
 - 2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico
 - 2.15.5 Farmacovigilanza
 - 2.15.6 Dispositivi medici e dispositivo vigilanza
 - 2.15.7 Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi

3 - Assistenza ospedaliera

- 3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero
- 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
 - 3.2.1. Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto
 - 3.2.2. Rete di rilievo regionale

- 3.2.2.1 Rete neuroscienze
- 3.2.2.2 Rete dei Centri di Senologia
- 3.2.2.3 Rete malattie rare
- 3.2.2.4 Rete dei tumori rari
- 3.2.2.5 Rete per la terapia del dolore
- 3.2.2.6 Rete delle cure palliative pediatriche
- 3.2.2.7 Reti per le patologie tempo dipendenti
- 3.2.2.8 Centri di Riferimento Regionale
- 3.2.3 Emergenza Ospedaliera
- 3.2.4 Centrali Operative e 118
- 3.2.5 Attività trasfusionale
- 3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- 3.2.7 Volumi ed esiti
- 3.3 Screening neonatale (oftalmologico, uditivo e mal. Endocrine e metaboliche ereditarie)-
- 3.4 Sicurezza nelle cure
- 3.5 Accreditamento
- 3.6 Lesioni da pressione
- 3.7 Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

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
 - 4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR
 - 4.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili
 - 4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile
- 4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- 4.3 Il governo delle risorse umane
- 4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri
- 4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza
- 4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali
- 4.7 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti
- 4.8 Sistema Informativo
- 4.9 La gestione del patrimonio immobiliare
 - 4.9.1 Gli investimenti
 - 4.9.2 Le tecnologie biomediche
 - 4.9.3 Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA

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

- Riordino dei comitati etici e rilancio del sistema ricerca e innovazione
- Supporto al Piano Sociale e Sanitario
- Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza
- Supporto alle attività regionali di verifica dei requisiti di accreditamento
- Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

1.1 Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n.19 del 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. E' richiesta inoltre la collaborazione all'elaborazione del nuovo PRP, all'aggiornamento del Profilo di Salute.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
% indicatori sentinella con valore conseguito > 80%	Obiettivo: >= 95%	84%	Andamento in linea con il target	90%	Le attività indicate all'interno delle schede ex setting 6 del PRP 2016/2019 sono state presidiate e svolte nel rispetto degli standard previsti. Nel complesso, infatti, gli indicatori sentinella del setting sono stati conseguiti nel rispetto dei valori attesi, con miglioramento rispetto al 2018. L'obiettivo, considerando il trend, si ritiene in termini di performance sostanzialmente raggiunto.
% indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP	Obiettivo: >= 95%	Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti	Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti	95% Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti	95% Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti. Obiettivo conseguito

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 adeguate. 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), va migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB) da meningococco, e vanno aggiornate le Procedure Dipartimentale di Gestione dei Focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA). Nelle aziende sanitarie va migliorato il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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 %	100%	100%	Obiettivo pienamente raggiunto

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	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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 %;	70,47% (dato riferito ad Ausl)	Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening- valore atteso finale: 60%	60%	Obiettivo pienamente raggiunto
Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45- 74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale >= 70%; valore accettabile >= 60%	49,51% (dato riferito ad Ausl)	52,26% (dato riferito ad Ausl) Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening compatibilmente con le criticità di organico - valore atteso finale: 60%	60%	Obiettivo conseguito e con miglioramento sensibile rispetto al 2018
Per lo screening colonrettale: Percentuale di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	Valore ottimale >=60%; valore accettabile >=50%	49,25% (dato riferito ad Ausl)	Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening compatibilmente con il modello organizzativo adottato che prevede il coinvolgimento del volontariato. valore atteso finale: 50%	50%	Obiettivo conseguito

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, alla prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili (MCNT), 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	I Semestre 219	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
n° iniziative di informazione e formazione realizzate su iniziative programmate	=> 80%	-	85%	85%	Obiettivo conseguito

1.2.6 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	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie	100% strutture autorizzate/anno	100%	100%	100%	Obiettivo Raggiunto

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

Obiettivo operativo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie			85%	85%	85%	Obiettivo conseguito
proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario"	operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	>=95%	82,4%	98%	98%	Obiettivo conseguito, con miglioramento rispetto al 2018
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino promuovendo ed offrendo attivamente le vaccinazioni agli operatori sanitari	copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>=34% o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente	22,90%	24%	27%	Trend in incremento e quindi in miglioramento rispetto al 2018 grazie alle azioni di sensibilizzazione.

<p>Proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle Segnalazioni di aggressioni a carico del personale, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al Piano di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, monitorando i risultati delle azioni realizzate</p>	<p>report sulle azioni realizzate; % azioni realizzate su quelle programmate</p>	<p>$\geq 80\%$.</p>	<p>Le attività previste dal PREVIOS sono in corso</p>	<p>100%</p>	<p>Obiettivo pienamente raggiunto</p>
--	--	--------------------------------	---	-------------	---------------------------------------

2.Assistenza territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Mantenimento dei tempi di attesa

Obiettivo operativo: Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro tempi di attesa standard. Miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione /indicazione, e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali.

I tempi di attesa delle prestazioni a monitoraggio sono stati costantemente monitorati e presidiati, si è inoltre proceduto a stilare le caratteristiche qualitative della composizione delle agende nel contesto del nuovo piano liste di attesa che è stato condiviso tra le aziende sanitarie ed i principali erogatori AUSL.

Il primo semestre 2019 ha registrato i seguenti indici di performance: IP priorità D - 94%, le principali criticità sono state registrate in alcune specialità in cui è più marcata la difficoltà nel reperire personale medico come l'oculistica, mentre l'IP della priorità B è al 73% decisamente sotto la soglia regionale attesa.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Indici di performance per le prestazioni di primo accesso	>=90%	96,3%	IP delle prestazioni priorità D pari a 94%	IP delle prestazioni priorità D pari a 93%	Obiettivo conseguito
Indici di performance per le prestazioni in urgenza differibile	>=90%		IP delle prestazioni con priorità B pari al 73%	IP delle prestazioni con priorità B pari al 78,80%	Obiettivo parzialmente conseguito ma in miglioramento durante l'anno.

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).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Nr. Mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	Riduzione delle mancate presentazioni nel 2019 rispetto al 2018	-13,74% rispetto al 2017	Il numero di mancate presentazioni registrato ad oggi è di 8.372. Il valore atteso a fine anno è di 14.947 rispetto a 12.894 casi nel 2018.	Il numero di mancate presentazioni registrato è di 18.203	
Nr. Disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine)	> valore 2018	-	E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 15.221 sanzioni.	<u>N. disdette 394.737.</u> E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 87.000 sanzioni, riferibili all'anno 2016,2017,2018,2019. Nel corso del triennio incrementa il numero totale delle disdette effettuate dai cittadini, (pari a circa 10% degli appuntamenti).	E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 87.000 sanzioni, riferibili all'anno 2016,2017,2018,2019. Nel corso del triennio incrementa il numero totale delle disdette effettuate dai cittadini, (pari a circa 10% degli appuntamenti)

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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)	>=70%	+6.04% (18,3% delle prescrizioni totali di controllo)	N.D.	81.32%	Obiettivo pienamente raggiunto grazie alla sensibilizzazione e alle azioni messe in campo, in netto miglioramento rispetto al 2018
Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA)	>=55%	+41,49% rispetto al 2017	N.D.	75.61%	Obiettivo pienamente raggiunto grazie alla sensibilizzazione e alle azioni messe in campo, in netto miglioramento rispetto al 2018

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. Tale indicazione è stata inserita nel nuovo piano liste di attesa e sono state informate le strutture eroganti coinvolte. Riguardo il numero delle prescrizioni formulate dagli specialisti è necessario un approfondimento dell'intero processo di individuazione del prescrittore partendo dalla anagrafica dei prescrittori. Il totale delle prescrizioni con riprenotazione interna nel 2019 ammonta a 248.905.

CUPWEB Regionale

Obiettivo operativo: Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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 visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%)	>= 85%	80 %		100%	Obiettivo pienamente conseguito

Si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Al 22.11.2019 si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 468 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo e delle note a corredo delle prestazioni.

2.3 Ospedali di Comunità

Obiettivo operativo: Prosecuzione del percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70, nella DGR 2040\2015 e del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Degenza media in OSCO (DM 70/2015) - (Fonte SIRCO)	<= 20 gg	Degenza Media 27 gg, mediana 20	N.V.	N.V.	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. Tuttavia, a partire dagli ultimi mesi del 2018, i posti letto di Cure Intermedie dell'AOU sono stati gradualmente riconvertiti in posti letto per acuti, in considerazione dell'iper-afflusso di pazienti acuti al Pronto Soccorso, con necessità di ricovero. Il dato di degenza media 2019 non è da considerarsi attendibile in quanto relativo all'unico paziente, bed blocker, gestito nell'anno 2019 e dimesso nel mese di dicembre.

Attivazione degli Ospedali di Comunità programmati per il 2019	Si	Si	In corso di valutazione	N.V.	A seguito di specifici gruppi di lavoro la Direzione non ha previsto l'attivazione, per il 2019, di nuovi posti letto di cure intermedie.
--	----	----	-------------------------	------	---

Obiettivo attivazione Ospedali di comunità: E' in corso di valutazione la possibile riconversione di posti letto acuti/lungodegenza in posti letto di cure intermedie.

2.4 Assistenza protesica

Obiettivo operativo: Con la DGR n. 1844 del 05/11/2018 "Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Linee di indirizzo regionali" la Regione ha fornito alle Aziende sanitarie indicazioni alla luce della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017). Il provvedimento, tra le altre cose, ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei percorsi organizzativi e assistenziali e la semplificazione delle procedure d'accesso, al fine di rispondere tempestivamente alle necessità delle persone disabili e alle loro famiglie, mettendo in campo tutte le possibili sinergie derivanti dall'integrazione di azioni cliniche, tecnologiche ed amministrative.

Per l'anno 2019 le Aziende dovranno implementare i contenuti della DGR 1844/2018 e individuare strumenti e modalità organizzative al fine di garantirne un'omogenea applicazione sul territorio regionale.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Evidenza delle azioni introdotte per assicurare omogeneità di applicazione sul territorio della DGR 1844/2018	Si		Si	Si	Risultato raggiunto. E' stato portata a termine la definizione degli albi dei prescrittori in maniera congiunta con l'Azienda USL di Parma, formalizzata con Delibera interaziendale n. 950 del 27/12/2018. Sono stati effettuati incontri tra specialisti dell'AUSL e dell'AOU al fine della predisposizione dei percorsi formativi per i professionisti delle 2 aziende sanitarie della provincia di Parma coinvolti nel processo di prescrizione della protesica e degli ausili.

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.

Nel corso del 2019:

Sono stati completati:

- la struttura organizzativa della RLCP (Coordinatore della RLCP; Organismo Tecnico di Coordinamento; Team Project della Formazione; Gruppo Tecnico delle Cure Palliative Pediatriche (CPP));
- l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Hospice e Ambulatorio della RLCP;
- l'Istruzione Operativa della Visita di Cure Palliative a Domicilio;
- Programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP.
- Individuazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alla RLCP sono stati individuati in tutti i Distretti e dei percorsi di accesso alla RLCP e ai singoli Nodi;
- Allestimento, sul sito web dell'AOU di Parma, di una sezione dedicata alle Cure Palliative con tutte le informazioni utili a facilitare l'accesso alla RLCP per i cittadini che ne avessero bisogno.
- Formazione del personale che opera nella RLCP e nelle interfacce (RSA, CRA) attraverso iniziative di formazione sul campo, che hanno coinvolto medici, infermieri, OSS, psicologi;

Sono stati parzialmente completati:

- l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Domicilio e Ospedale della RLCP;
- le modalità di intervento delle équipes, che operano nei singoli Nodi, compresa l'Unità di Valutazione Palliativa (UVP) e la condivisione della Scheda Unica di Richiesta di Cure Palliative;
- i rapporti fra i Nodi e le interfacce dalla segnalazione del caso fino all'exitus;
- Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche (RLCP-P);

Restano da realizzare:

- il Nodo Ospedale dell'AOU di Parma e dei sette ospedali accreditati, dove le consulenze palliative ai pazienti ricoverati non vengono ancora erogate;
- la formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche e gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici nel Nodo Domicilio;
- la continuità assistenziale domiciliare H 24;
- la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti all'inserimento nella RLCP;
- la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti alle cure palliative domiciliari di base o specialistiche. Tuttavia, nel primo semestre 2019, l'AUSL di Parma partecipa ad una sperimentazione regionale su questo aspetto
- le modalità di valutazione delle performances (applicazione degli indicatori nazionali e regionali e realizzazione degli audit clinico-organizzativi);
- l'individuazione delle azioni di miglioramento;
- la ricerca in cure palliative.

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. Al fine di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale ed offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è necessario potenziare la capacità di presa in carico all'atto della dimissione ospedaliera, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità. Anche per il 2019, le Aziende dovranno garantire una tempestiva presa in carico (PIC) della persona in dimissione protetta con l'obiettivo della continuità assistenziale, ovvero la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato, secondo la complessità e i bisogni del paziente, sulla base della progettualità sviluppata nell'ambito di centrali operative/punti unici di coordinamento.

Relativamente alla continuità assistenziale e le dimissioni protette, la Direzione aziendale AOU 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 a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un'analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall'ospedale. 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, intercettando precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti, garantendo la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali. Quindi il percorso è stato condiviso con l'Azienda USL di Parma, con la formalizzazione del progetto interaziendale "Gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette in provincia di Parma", deliberato il 30/04/2019, Del. n. 440.

E' stata completata la dotazione dell'organico necessario per l'attivazione del PUD entro il mese di ottobre 2019. Nel trimestre ottobre-dicembre 2019 è stata organizzata la formazione del personale infermieristico di alcune aree di degenza all'utilizzo della scheda BRASS. Tale strumento rappresenta la modalità di segnalazione del grado di autonomia di pazienti ricoverati attraverso la quale viene attivato il percorso di presa in carico da parte del PUD. Il completamento della formazione di tutte le aree di degenza e dei Punti di prericovero aziendale avverrà nel corso del 2020 al ritorno delle condizioni di normalità dopo l'epidemia Covid. È previsto nel corso del 2020 l'utilizzo del nuovo strumento di segnalazione ai distretti territoriali delle Dimissioni Difficili e/o Protette contenuto nel documento citato e condiviso con l'azienda Sanitaria territoriale.

Sempre nell'ambito della continuità assistenziale, già da dicembre 2018, a seguito di accordi con l'Azienda USL e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, l'AOU 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.

2.7 Materno/Infantile - Percorso nascita

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

Per lo STAM non si sono registrate problematiche particolari relativamente agli STAM, con 13 trasferimenti di pazienti gravide provenienti da altri ospedali (5 da Piacenza e 8 da Fidenza). Non sono invece stati effettuati trasferimenti in utero dall'AOU presso altri ospedali.

Per quel che riguarda lo STEN, nel corso del 2019 si è provveduto alla riorganizzazione del percorso assistenziale STEN per mantenere e potenziare i livelli qualitativi e gli standard offerti dalla Neonatologia in stretta collaborazione con gli ospedali limitrofi, Piacenza e Fidenza, con cui c'è stato un confronto attivo.

La procedura STEN, in prima stesura il 03/06/2016, è stata revisionata, e sono state costruite due schede (parte A e parte B), per la tracciabilità dell'evento 'trasporto' in tutte le sue fasi (contenimento del rischio clinico) e per il necessario 'handover' del neonato critico, in un percorso di cura continuo e coerente nel tempo.

La Parte A è scheda da compilare a carico della Struttura Spoke e contiene informazioni sui dati anagrafici del neonato, motivo del trasferimento, motivo del mancato trasporto materno, tipologia trasporto (urgente, differibile), condizioni del neonato dal momento dell'attivazione del trasporto, dati anamnestici familiari e della gravidanza, condizioni cliniche del neonato dalla nascita al momento dell'attivazione del trasporto.

La Parte B è scheda da compilare a carico del medico trasportatore del centro HUB e contiene: dati del trasporto (orario di attivazione, di arrivo ambulanza, di partenza dal centro HUB, di arrivo al centro Spoke, di ripartenza dal centro Spoke, di arrivo in sede o in altro ospedale). Dati del neonato dal momento della presa in carico, interventi eseguiti dall'equipe di STEN ('stabilizzazione'), monitoraggio e assistenza durante il trasporto, condizioni del neonato all'arrivo in ospedale di destinazione.

Ogni scheda di trasporto (parte A e B) viene custodita a cura del Direttore UOC Neonatologia con le seguenti finalità: archivio dati trasporto neonatale, rendicontazione annuale del numero dei trasporti effettuati, relazione di fine anno sui dati relativi allo STEN, condivisione con i Centri coinvolti per bench marking.

E' stato acquisito dall'UO Neonatologia un nuovo monitor dedicato allo STEN. Grazie all'innovazione della tecnologia, il monitor fornisce una valutazione integrata dei parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, saturazione periferica dell'ossigeno, respiro) ed elettrocardiogramma completo, a 12 derivazioni, per la precoce identificazione di eventuali alterazioni elettriche del miocardio anche durante il trasporto.

Sono state individuate azioni di miglioramento nell'ottica dell'assistenza neonatale centrata sulla famiglia e al progressivo cambiamento delle esigenze familiari alle quali abbiamo assistito negli ultimi anni: -l'appropriatezza del ricovero sulla base delle condizioni cliniche presentate dal neonato; -l'implementazione del back transport (rientro del neonato post critico nell'ospedale di residenza).

I dettagli organizzativi sono stati completati. Nel corso dell'anno 2019 si è provveduto al superamento della carenza del personale medico in organico: due dirigenti dimessi (rispettivamente a Giugno e ad Agosto), due unità assenti (gravidanza e malattia prolungata, con rientro a Dicembre). A seguito di espletamento di concorso pubblico, sono stati assunti due nuovi dirigenti medici (Gennaio 2020).

Nel corso dell'anno 2020, con l'acquisizione del personale dirigente medico necessario, la procedura verrà attivata con progressiva gradualità. Avvio con copertura in fascia diurna (8-20), e obiettivo di raggiungimento di copertura h 24 in fase successiva

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN	Si	STAM: SI STEN: La rete è in fase di completamento	STAM: SI STEN: La rete è in fase di completamento	STAM: Si. Numero di STAM in entrata 13 (di cui 8 da Fidenza e 5 da Piacenza). Nessun caso di STAM in uscita STEN: La rete è in fase di completamento	STAM: Non sono stati riportati problemi o criticità in merito agli STAM effettuati STEN: L'attivazione è da considerarsi prossima non appena saranno possibili le procedure di selezione del personale dirigente medico necessario per assicurare la continuità dell'assistenza e alti standard assistenziali

2.7.1 Percorso Nascita

Obiettivo operativo: Garantire un'assistenza appropriata al parto, riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, II b e IV b, V di Robson (questionario LEA).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
% di tagli cesarei primari (Fonte: Banca Dati CEDAP)	Hub < 25% Spoke < 15%	14,71%	14,10%	14,21%	Obiettivo raggiunto. Il dato dei TC primari è in lieve miglioramento rispetto all'anno precedente e comunque inferiore alla percentuale di riferimento
% di parti cesarei nella classe I di Robson	Hub <= 7% (media 2018) Spoke <= 9% (media 2018 per Spoke con nr. parti >= 1.000 del 2018)	Hub: 6,17%	Hub: 7,41 %	Hub: 8,03 %	Nel 2019 si è registrato un aumento dei TC in classe I con una percentuale lievemente superiore a quella di riferimento. Questa è una classe di TC che si configura potenzialmente a basso rischio; il loro incremento può essere attribuito al fatto che nel 2019 si è registrato una riduzione significativa nell'arruolamento di gravide nel protocollo BRO (Basso Rischio Ostetrico) e pertanto imputabile a un eccesso di medicalizzazione in questa categoria di pazienti. Per tale motivo è stato implementato il protocollo BRO con una revisione di quello esistente.

2.7.3 Percorso IVG

Obiettivo operativo: Nel 2019 dovranno essere garantite uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG)	<= 25%	30% Il dato consuntivo pervenuto dalla Regione è 13,6% per l'anno 2018	34,78%	33,33%	Seppur con un trend in riduzione soprattutto nel secondo semestre, il risultato registrato è al di sopra del target. Tale risultato è stato oggetto di monitoraggio e governo fin dal primo semestre per cercare di invertire il trend. Questo è stato conseguito con una serie di azioni di sensibilizzazione e si è cercato di intervenire anche sul percorso organizzativo, ridisegnando, compatibilmente con le risorse, l'iter di risposta. Tra queste azioni si annovera quella di distribuire i casi su due sedute a settimana che è diventata pienamente operativa da gennaio 2020, con un impatto positivo ulteriore sulla performance (valutazione pre covid)

IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) (Fonte: rilevazione IVG)	>= 34% (media regionale 2018)		59,6% ai 7 mesi dato originario da Flusso SDO	32,14%	Obiettivo appena sotto al target
---	-------------------------------	--	---	--------	----------------------------------

2.7.4 Procreazione Medicalmente Assistita

Obiettivo operativo:

- monitorare il tempo di attesa per accedere alla PMA, sia omologa sia eterologa, al fine di un contenimento dei tempi di attesa ed una facilitazione dell'accesso
- garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa e proseguendo l'attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;

aderire alle indicazioni regionali relative all'acquisizione di gameti dall'estero, tramite la stipula di specifici contratti con gli Istituti esteri individuati (determina dell'AUSL di Bologna n. 3109 del 18.10.2017), sulla base del fabbisogno del proprio centro PMA e della previsione economica aziendale per il 2019.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%) (Fonte: Sistema Informativo della Donazione)	≥ 90%	n.v.	N.V. Il percorso relativo all'acquisizione di gameti per impiego in tecniche PMA eterologa è concluso ed è in fase di attivazione (predisposizione procedura operativa).	N.V. (* vedi nota)	Tempo di attesa per PMA omologa 6-8 mesi Partecipazione al progetto bollini rosa in cui si promuove il percorso eterologa attraverso la donazione di gameti

(*) Il monitoraggio dei tempi di attesa dei cicli di fecondazione omologa viene effettuato secondo una istruzione operativa (IO 01PO001 PMA3020), che divide in 4 classi le coppie come per i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico. I tempi di attesa per iniziare il ciclo di fecondazione nel 2019 era compresi tra i 6 e gli 8 mesi.

Non è ancora iniziata l'attività inerente la fecondazione eterologa.

Il CPMA ha aderito alle indicazioni regionali relative all'acquisizione dei gameti da banche estere. E' stata completata la procedura operativa (PO 23) per la richiesta informatizzata sul sistema SOLE di gameti sia maschili che femminili, concordata fra il CPMA, la farmacia aziendale e gli uffici amministrativi, che è stata inviata in data 28-01-2020 alla Direzione per l'autorizzazione e formalizzazione. L'Emergenza COVID ha ovviamente causato un blocco di tutta l'attività della PMA.

Per quanto riguarda l'inserimento delle coppie in lista di attesa per il percorso eterologo, attualmente viene utilizzato un database locale, in attesa dell'acquisizione da parte dell'Azienda di un software gestionale, come da indicazioni della visita di autorizzazione da parte della Regione e del CNT, avvenuta alla fine del 2019.

Attualmente ci sono 70 coppie in lista di attesa. Sulla base delle tempistiche di invio dei gameti (circa 4 mesi) e l'inizio dei cicli, a inizio del 2020 si era ipotizzato di effettuare durante l'anno almeno 25 cicli. Questo prima dell'Emergenza COVID-19

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).
- La partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"

Sono stati programmati ed effettuati incontri tra i referenti dell'AOU di Parma e dell'AUSL e delle forze dell'ordine per la formazione e sviluppo di una rete ospedale territorio al fine di contrastare la violenza di genere e domestica in gravidanza nonché la violenza che coinvolge bambini ed adolescenti. È stata redatta una procedura condivisa comune (in via di approvazione) per trattare in urgenza ed emergenza tali casi con il supporto del territorio, delle strutture sociali e dell'Autorità Giudiziaria.

Era stato programmato evento formativo che è stato posticipato. Tale corso sarà recuperato il prima possibile nel 2020.

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

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.

Il tavolo interaziendale si è riunito più volte programmando la divulgazione del contenuto dei quaderni regionali (DGR 771/2015) e proseguendo nella raccolta delle buone pratiche locali. E' stato necessario posticipare il corso formativo di fine anno ed è stato riprogrammato al 2020 al fine di uniformare i comportamenti dei professionisti della rete ospedale- territorio e divulgare le raccomandazioni regionali.

2.11 Formazione specifica in medicina generale

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto I SEMESTRE		Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
			anno 2018	2019		
Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali) Favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale facilitando il loro inserimento nei diversi setting e unità operative, nonché individuare la rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche.	Evidenza di percorsi formalizzati attraverso documento di sintesi sulle azioni intraprese	SI	SI	SI	SI	Obiettivo raggiunto. Relazione consuntiva attività 2019
Monitoraggio di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale	Relazione sul funzionamento della rete	SI	SI	SI	SI	Obiettivo raggiunto Relazione consuntiva attività 2019
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	N.V.	L'AOU PR non è sede di attività didattiche teoriche

2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia Romagna

Obiettivo operativo: Nel 2019 le Aziende devono contribuire a realizzare il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,1% rispetto al 2018, cioè 479,3 milioni di euro. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio. Per quanto riguarda l'acquisto ospedaliero dei farmaci, si fissa a livello regionale una spesa sui livelli del 2018 con scostamenti differenziati a livello aziendale ed escludendo la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici del fondo nazionale. Una quota di tale spesa, pari a 31,1 milioni di euro, è assegnata alle singole aziende sotto forma di fondo per i farmaci oncologici ad alto costo (cd. Gruppo B 2). L'impegno di risorse 2019 per i Farmaci innovativi non oncologici da fondo nazionale è stimato in circa 41 milioni di euro, quello per i Farmaci oncologici innovativi (cd. Gruppo A3) è stimato in un valore pari a 38,8 milioni di euro, salvo interventi sui termini di scadenza della innovatività di alcune molecole di particolare rilievo o l'inserimento di nuovi trattamenti innovativi.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Acquisto ospedaliero di farmaci 2019 – variazione rispetto 2018	Obiettivi assegnati a ciascuna area (obt: -3%)	+6,8%	La spesa sostenuta nel I semestre 2019 è invariata rispetto a quanto sostenuto nel I Semestre 2018	0% vs obj -3% (in valore economico 49.609.739€ vs Obj 48.103.758€)	-4,1% al netto Della spesa per Innovativi Oncologici Gruppo B. La performance si valuta positiva

Tale risultato è l'effetto combinato della dinamica del case mix e dei volumi che hanno caratterizzato l'assistenza farmaceutica del 2019. Il risultato infatti è stato principalmente determinato dalle dinamiche incrementali e di contenimento:

Principali dinamiche incrementali della spesa:

Significativo aumento della popolazione oncologica come incidenza e prevalenza (es. dal database UMaCA, per trattamenti infusionali, +15% allestimenti terapie, +10% accessi); recente immissione in commercio di molecole/indicazioni e/o presa in carico di pazienti ad alto impatto economico (alcuni es. pembrolizumab come immunoterapia associata a chemioterapia (nslc) e inotuzumab ozogamicin; aumento della spesa per Malattia Rara - Sindrome di Morquio – delta +300.000€ vs 2018; aumento della spesa per 2 pazienti pediatrici con osteosarcoma trattato con mifamurtide (strategia terapeutica impostata da IOR unico centro autorizzato RER); oculistica intravitreali: si registra un aumento della spesa per un valore di circa +300.000€, a partire da luglio una maggiore adozione della molecola a più basso impatto economico (bevacizumab) per i trattamenti in L.648 non incide ancora sul trend annuale (adozione bevacizumab: 41% dei pazienti naive con DME/DMLE).

Principali dinamiche di ottimizzazione/contenimento della spesa sono state realizzate grazie all'adesione dell'utilizzo dei biosimilari, ai risparmi su alcune classi farmacologiche oltreché grazie "all'effetto gara": tra queste la classe degli antivirali (HIV in particolare)

2.15.2 Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica

Per il 2019 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci equivalenti e la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei "generici puri". Inoltre, è richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci di fascia A a maggior rischio di inappropriatezza.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Perseguire una net riduzione di impiego de OMEGA 3 (consumo territoriale complessivo p la classe stimato a 2 DDD/1000 ab die)	consumo territoriale complessivo per la classe stimato a 2,5 DDD/1000 ab die)		3,35 (dato territoriale)		3.57 (dato territoriale)	Obiettiva parzialmente raggiunto

Promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica de BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti, anche tramite attivazione di un PDTA che consenta le scelte terapeutiche più appropriate		Si	Si		Si	Obiettivo raggiunto
Farmaci anticoagulanti orali (NAO) La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità. I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive.	Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	4,5 pazienti su 1000 residenti (New)	Il dato (naive+switch) provinciale 4,5% * su 1000 residenti	2,38 (dato territoriale)	4.57 dato territoriale)	Obiettivo sostanzialmente raggiunto
Documenti GReFO: adesione alle raccomandazioni regional sui farmaci oncologici elaborate dal gruppo GReFO. Nella scelta del trattamento si dovrà tener conto per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità.			Si		Si	Obiettivo Raggiunto
Contenimento complessivo degli antibiotici sistemici	Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni nel trattamento di infezioni non Gravi	Aziende con valore 2018 < 13 DDD/1.000 residenti :			Fluorochinoloni 1,27 Antibiotici generali 13.31 (dato provinciale) N.B. In AOU globalmente si osserva un calo generale nell'utilizzo dei fluorochinoloni di circa il 30% come unità posologiche	Obiettivo sostanzialmente raggiunto
Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica	La strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale		Si	Si	Si	Obiettivo Raggiunto
Farmaci antiVEGF per uso intravitreale	Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano un minor costo di terapia. Nei pazienti incidenti con indicazioni inserite nella legge 648/96, l'impiego del bevacizumab dovrà riguardare il 100% dei casi		Si	33%	41%	Obiettivo in lieve miglioramento nel 2019 per l'U.O. Oculistica per quanto si registri un aumento della spesa per un valore di circa +300.000€. A partire da luglio una maggiore adozione della molecola a più basso impatto economico (bevacizumab) per i trattamenti in L.648 ha inciso

						limitatamente sul trend annuale, ma le azioni impostate hanno innescato un percorso positivo.
Farmaci Neurologici	Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla, cefalea) utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro Aggiornamenti	PTR n. 239 e 271	Sì	Sì	Sì	Obiettivo Raggiunto
Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe	epoetine	>=90%	86%	93% (81,30% dato territoriale)	88,31% dato Provinciale N.B. AOUPR: 98%	Obiettivo sostanzialmente raggiunto sul dato provinciale, con performance prossima al target e in miglioramento rispetto al 2018. In AOU il dato dimostra pieno raggiungimento dell'obiettivo (Fonte SW amministrativo C4H)
	Ormone della crescita	>=50%		39,6% (dato territoriale)	39% dato provinciale N.B. In AOU nessun uso	
	Infliximab	100%	38,6%	71,2% Sono trattati tuttora con l'originator le continuità terapeutiche dell'area pediatrica gastroenterologica	75%	Performance positiva in miglioramento rispetto al 2018 per le azioni messe in campo. Escludendo la popolazione pediatrica in continuità di terapia l'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto.
	Etanercept	>=60%	38,6% (+0,6 vs media RER -1DS); nessun obtv raggiunto sulle singole molecole	46,5% dato territoriale	64% Dato provinciale	Obiettivo raggiunto con netto miglioramento rispetto al 2018

	Adalimumab	>=60%		N.D Tale farmaco si è reso disponibile tra fine maggio / inizio giugno 2019 pertanto verrà rendicontato nel II Semestre	70,56%	Obiettivo raggiunto
	Follitropina alfa	>=60%	13%	53,9% dato territoriale	57,15% dato provinciale	Risultato appena sotto al target ma in netto miglioramento rispetto al 2018 e pertanto la performance conseguita, considerando il trend, si ritiene in linea con il risultato atteso
	Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito Oncologico	<20%	38,6% (+0,6 vs media RER -1DS); nessun obtv raggiunto sulle singole molecole	50% (trastuzumab) <20% (rituximab)	50% (trastuzumab) 12% (rituximab)	12% (rituximab) Obiettivo ampiamente raggiunto 50% (trastuzumab) la minor adozione di trastuzumab s.c. a partire da agosto 2019 non ha consentito un riposizionamento rilevante della percentuale verso l'obiettivo.
	Rituximab in ambito reumatologico	>=90%		Il valore globale complessivo del Rituximab è del 90%, mentre il valore del Rituximab in ambito reumatologico è del 84%	94,6%	Obiettivo raggiunto
	Enoxaparina	>=90%		94% (99,2% dato territoriale)	99,6%	Obiettivo raggiunto
	Insulina lispro (ad azione rapida)	>=80%		Come AOU = 80%	38% dato provinciale N.B. AOU = 80%	Obiettivo raggiunto in ambito ospedaliero
Aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio	In particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci		80,32%*(a livello provinciale)	Per AOU 85%	80% Dato provinciale N.B. AOUPR: 90%	L'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto anche in ambito provinciale

Terapia con farmaci antiretrovirali	Mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno).	si	SI (95%)	Si	Obiettivo raggiunto
	mantenimento della spesa entro i valori del 2018 considerando l'incremento previsto dei pazienti in trattamento, attraverso il ricorso a schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto;		Si	si	Obiettivo raggiunto

2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico

Adeguatezza trattamento farmacologico nella continuità ospedale Territorio

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta da e per conto, è specifico obiettivo delle Aziende utilizzare 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 l'adesione PTR è >95%	In dimissione e dopo visita specialistica ambulatoriale dai monitoraggi delle sedi di erogazione si registra che la prescrizione viene effettuata per principio attivo e l'adesione PTR è >95%	In dimissione e dopo visita specialistica ambulatoriale dai monitoraggi delle sedi di erogazione si registra che la prescrizione viene effettuata per principio attivo e l'adesione PTR è >95%	Obiettivo raggiunto

Corretta programmazione e il governo della spesa

Obiettivo	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
<p>Al fine di consentire la corretta programmazione e il governo della spesa è importante la compilazione da parte dei medici prescrittori: del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE, dei Registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...)</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>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>	<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>	<p>Per il registro di monitoraggio AIFA la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso è pari al 100%</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>
	<p>Per il registro di monitoraggio AIFA la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi</p>		<p>>95%</p>	<p>>95% Obiettivo raggiunto</p>	
<p>E' rilevante la compilazione sia del database regionale delle eccezioni prescrittive (che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario) sia la 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>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 l' 80% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato del database oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la</p>		<p>>95%</p>	<p>Per obj DB ONCO ref DS/Oncologia</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>

	scelta terapeutica				
Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, le Aziende: applicano la Raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in tutti gli ambiti nei quali c'è prescrizione farmacologica, al fine di consentire ai medici prescrittori una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, la possibilità di fare sintesi sulle prescrizioni e di rivalutare i trattamenti.			Si	Si	<p><i>Si obiettivo raggiunto.</i></p> <p>Nel corso del 2019 l'Azienda ha rivisto e diffuso una nuova procedura Interaziendale P1008AOU/PR/AUSLPR "GESTIONE CLINICA DEI FARMACI" che comprende anche la scheda di ricognizione/riconciliazione, già in uso da anni in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nell'ultima versione del 2019 è stato introdotto un campo per i pazienti che effettuano il pre-ricovero. Nei corsi di formazione annuali "Gestione del Rischio: la sicurezza nella terapia farmacologica" rivolti agli operatori nel corso del 2019 anche la nuova scheda è stata diffusa ai partecipanti.</p>

2.15.5 Farmacovigilanza

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Nel 2019 le Aziende dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e porre attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni Adverse Drug Reaction (ADR), avendo cura di sviluppare progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva approvati da AIFA con apposita convenzione con il Servizio regionale Assistenza Territoriale. Indicatori di osservazione.	N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS per 1.000 posti letto (Fonte: SIV-ER)	> valore 2018	35,3	27,7	89,78% (in attesa verifica su SIVER)	Obiettivo pienamente raggiunto e in netto miglioramento rispetto al 2018

2.15.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Obiettivo operativo: Al fine di migliorare la conoscenza sui temi della sicurezza dei dispositivi medici e verso degli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, anche nell'anno 2019 un'adeguata offerta formativa residenziale o a distanza, per gli operatori sanitari coinvolti nel loro l'impiego. In particolare, si assegna alle Aziende l'obiettivo di documentare, nel triennio 2017-2019, la partecipazione ad un evento formativo sulla dispositivo-vigilanza di almeno il 60% del personale sanitario assegnato alle UU.OO. di anestesia, terapie intensive e semi-intensive, chirurgie generali e specialistiche, cardiologia ed emodinamica, endoscopia digestiva

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018		Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
			I SEMESTRE 2019		
Numero operatori che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati	>= 60%	Numero ristretto di operatori	Procedura in corso E' in corso la procedura di avvio di un corso FAD predisposto dal Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, poiché tale FAD è in via di adozione dalla RER e quindi avrà valenza regionale è stato necessario attendere i tempi tecnici di valutazione regionale	Numero ristretto di operatori	L'obiettivo si intende complessivamente raggiunto in considerazione del contributo garantito da AOUPR nella predisposizione di un FAD che è stato considerato dalla RER un percorso formativo di riferimento
Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte aziendale)	>= 1 evento		1 modulo A dicembre 2018 i farmacisti del Dipartimento referenti della dispositivovigilanza, in collaborazione con il Servizio Formazione interaziendale, hanno creato un corso Fad, con un primo modulo attivo da dicembre a febbraio 2019. Le successive edizioni non sono state aperte in quanto oggetto di osservazione e condivisione regionale	1 evento FAD nel 2019	Obiettivo conseguito

2.15.7 Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici

Obiettivi di tracciabilità

Obiettivo operativo: Consolidare il flusso informativo Di.Me. con l'obiettivo di copertura, rispetto ai costi rendicontati, anche dei dispositivi medici diagnostici in vitro.

È opportuno confermare anche per il 2019 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati nei conti economici stessi, alla luce della evoluzione delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico	>= 95%	99%	152,4% Il dato risente del caricamento delle rimanenze sul flusso avvenuto in seguito ad un problema informatico in via di risoluzione. Si prevede comunque un tasso reale in linea con l'anno precedente (99%)	106,2% (IV trimestre 2019)	<i>Obiettivo raggiunto</i> Il valore è stato condiviso a livello regionale.
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico/NEW	>40%		115,67% Il dato risente del caricamento delle rimanenze sul flusso avvenuto in seguito ad un problema informatico in via di risoluzione. Si prevede comunque un tasso reale in linea	59,5% (IV Trimestre 2019)	<i>Obiettivo pienamente raggiunto</i> Il valore è stato condiviso a livello regionale.

Obiettivi di tracciabilità

Al fine di garantire l'applicazione delle norme vigenti in materia di concorso dei fornitori al ripiano del superamento del tetto di spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici è necessario che le Aziende sanitarie si adoperino per assicurare la corretta compilazione della fattura elettronica e, in particolare:

- la separata evidenza del costo del bene da quello dell'eventuale servizio;
- l'indicazione della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio);
- l'indicazione del codice di repertorio.

Si è dato seguito agli adempimenti relativi alla fattura elettronica.

Le fatture di DM a favore di AOU PR sono conformi all'indicazione della separata evidenza del costo del bene e dell'eventuale servizio con conseguente corretta imputazione della spesa di DM nei relativi conti economici nel bilancio aziendale; è quindi possibile ottemperare agevolmente alle richieste connesse alla valorizzazione annua degli acquisti di DM ai fini della compartecipazione della spesa da parte delle aziende fornitrici. Non appare invece pienamente conforme l'area della diagnostica di laboratorio rispetto all'ulteriore indicazione dell'indicazione in fattura della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio) e dell'indicazione del codice di repertorio; questo in quanto sono vigenti numerosi contratti di service di laboratorio fatturati a determinazione, nei quali quindi, pur a fronte della separazione delle quote di materiale di consumo (DM)- servizio di assistenza – noleggio apparecchiature, con conseguente corretta imputazione dei costi, la fatturazione del materiale di consumo è a singolo test senza indicazione dei dispositivi impiegati. Trattandosi di problematica comune a tutte le aziende sanitarie regionali che hanno in vigore tale tipologia contrattuale, si è ritenuto a livello di Area vasta di inviare alle ditte fornitrici nota di richiesta adeguamento fatture in modo che, ove siano presenti nell'esecuzione dei singoli test dispositivi dotati di n. repertorio questi vengano evidenziati in fattura.

Obiettivi di tracciabilità

Le Aziende sanitarie, che non ne fossero già in possesso, dovranno programmare le azioni necessarie per l'adozione del Registro operatorio. Si ritiene infatti che la raccolta delle informazioni relative ai dispositivi medici impiegati, congiuntamente all'individuazione del paziente, della condizione clinica e della prestazione erogata, completi il panorama degli strumenti a disposizione del sistema sanitario regionale per la valutazione dell'appropriatezza d'impiego e per il controllo della spesa.

L'AOU di Parma ha implementato, a partire dal 2016, il nuovo applicativo gestionale delle sale operatorie, prevedendo 3 fasi di sviluppo:

1. Registro operatorio (già attivato dal 2016);
2. Programmazione chirurgica informatizzata (già attivata dal 2018);
3. Gestione del magazzino e dispositivi medici (in fase di implementazione).

L'avvio delle diverse fasi è gestito e monitorato da un gruppo di lavoro aziendale specifico che vede la partecipazione di tutte le Direzioni e i servizi tecnici e amministrativi coinvolti, compresi Farmacia Ospedaliera e Controllo di Gestione.

Obiettivi di spesa

Intervenire sull'impegno complessivo di risorse: migliorando la collaborazione con la centrale acquisti regionale Intercenter, al fine di partecipare alle nuove strategie di approvvigionamento e garantire una più ampia adesione alle gare di ambito sovra aziendale; favorendo un'attenta programmazione della casistica attesa; promuovendo le attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego. Affinché tutte le Aziende sanitarie possano mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa dei dispositivi medici, si propongono alcuni strumenti sperimentali, già condivisi con i gruppi di lavoro regionali, che supportino nell'individuazione delle aree con uso potenzialmente inappropriato dei dispositivi rispetto alla complessità dei pazienti trattati. Le aree individuate devono poi essere oggetto di specifici approfondimenti aziendali, per la definizione di un corretto rapporto costo/complessità.

Gli obiettivi, di tipo osservazionale per il 2019, mirano ad una riduzione del costo per paziente trattato tenendo conto dello scostamento tra il tasso grezzo 2018 (calcolato come rapporto tra la spesa e il numero di pazienti trattati) e il tasso aggiustato, ottenuto valutando fattori di confondimento relativi alla casistica trattata. Solo per le aziende con un tasso grezzo superiore all'aggiustato è proposto un obiettivo di riduzione dei costi per il 2019.

Si chiede alle aziende sanitarie di fornire una sintetica relazione, a chiusura d'anno, in cui vengano riportate:

- le azioni adottate;
- gli strumenti impiegati;
- eventuali criticità "bloccanti" riscontrate nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Tali relazioni saranno impiegate per valutare a livello regionale, la possibilità di estendere l'applicazione degli strumenti suddetti agli anni successivi e/o la necessità di effettuare eventuali adeguamenti.

Obiettivi di spesa

Obiettivo osservazionale	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Protesi d'anca (classe CND P0908).	Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2018			-21,5% (spesa globale)	-4,7% spesa/paziente (-13,1% spesa globale) 1.939€ spesa per paziente	-4,7% spesa/paziente (-13,1% spesa globale) Obiettivo raggiunto
Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101); nEW)	Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2018			-21,7%	-17,4%	Obiettivo raggiunto
Dispositivi per funzionalità cardiaca Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).	Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2018			-1,6%	-1,2%	Obiettivo raggiunto

Obiettivi di equità

Rilevato che per il paziente con patologia diabetica l'accesso alla fornitura di beni sanitari (insuline, aghi, siringhe, penne etc...) avviene con diversa facilità tra le aziende, per l'anno 2019 si chiede di rivedere le procedure e i percorsi erogativi di tali beni, al fine di limitare gli spostamenti degli assistiti, specie se anziani e residenti in zone decentrate. Tale revisione deve essere orientata all'individuazione di punti unici di erogazione per tutti i beni sanitari destinati agli assistiti con malattia diabetica.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in un percorso di integrazione con l'Azienda USL, già da diversi anni ha predisposto la distribuzione di dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia, comprese strisce e pungidito, ai pazienti diabetici in carico alle strutture ambulatoriali diabetologiche dell'Ospedale, in particolare, presso gli ambulatori del Centro per la Cura del Diabete e gli ambulatori della Diabetologia Pediatrica, situati all'interno del perimetro ospedaliero. L'erogazione di tali dispositivi è sotto stretto monitoraggio da parte dell'Azienda USL, con la collaborazione della Direzione Sanitaria ospedaliera.

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.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha Deliberato, in maniera congiunta con l'AUSL di Parma, il piano provinciale di Governo delle liste d'attesa nel quale sono indicate le azioni che, per il triennio 2019-2021 saranno intraprese per il raggiungimento dei nuovi standard della DGR 603/2019.

A fronte di un netto miglioramento di tutti i tempi d'attesa per patologia oncologica ed ortopedica (protesi d'anca), rimangono critici anche se in miglioramento i tempi d'attesa per la chirurgia generale, particolarmente accentuati dall'inserimento, tra gli interventi monitorati, della colecistectomia videolaparoscopica.

L'Azienda ha provveduto a formalizzare i seguenti accordi per la proposta di una sede alternativa al ricovero:

- Protocollo per l'esecuzione di interventi di colecistectomia vdl e interventi per ernia inguinale presso l'Ospedale di Borgotaro;
- Protocollo per l'esecuzione di interventi di chirurgia generale presso i tre Ospedali Privati accreditati della provincia

E' stato anche realizzato un protocollo per l'esecuzione di interventi di urologia presso l'Ospedale di Fidenza finalizzato a ridurre i tempi d'attesa dei pazienti inseriti in lista d'attesa presso l'Urologia di Parma.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
IP Per i tumori selezionati ⁽²⁾	90% entro 30gg	93,90%	91,7%	93,22%	<i>Il target è stato raggiunto consolidando il trend dell'anno precedente</i>
IP Per le protesi d'anca ⁽³⁾	90% dei casi entro 180gg	80,40%	83,7% Sono state aumentate le sedute operatorie al fine di ridurre la lista di attesa per protesi d'anca. È stata programmata l'attivazione di una sala operatoria ulteriore rispetto alle tre sale già operative e quindi si prevede l'allineamento al target.	89,7%	<i>Il risultato è stato sostanzialmente raggiunto e deve essere consolidato. Il netto miglioramento è stato determinato grazie all'impatto positivo delle azioni di miglioramento implementate nel corso del 2019 (aumento delle sedute operatorie e attivazione di un'ulteriore sala operatoria).</i>

<p>IP Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio ⁽⁴⁾</p>	<p>90% entro la classe di priorità segnalata</p>	<p>75,20%</p>	<p>Chirurgia vascolare, cardiologia e cardiocirurgia: 96,4% Chirurgia generale: 28,8% Altri interventi: 88,2%</p>	<p>Casistica superiore al 90% : bypass, coronarografia, pcta, endoarteriectomia carotidea, biopsia percutanea del fegato, tonsillectomia; sono sotto al target gli interventi di colecistectomia laparoscopica, emorroidectomia, e riparazione ernia inguinale, per le quali l'azienda ha attuato accordi con il privato accreditato che progressivamente stanno agendo in maniera positiva sulla performance di risposta. Totale Interventi 70,58%</p>	<p>L'Azienda ha attivato accordi con il Privato Accreditato per gli interventi di chirurgia generale che rappresentano le liste d'attesa più critiche in termini di capacità produttiva in AOU. La colecistectomia VDL è stata introdotta in corso del 2019 come intervento monitorato ed è in corso il recupero dei tempi d'attesa anche mediante l'applicazione del citato accordo.</p>
---	--	---------------	---	---	---

Le aziende devono proseguire con la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA.

Obiettivo osservazionale	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
<p>Le aziende devono predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato</p>			<p>Il regolamento aziendale, approvato nel 2018 comprende materiali informativi uniformi inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato</p>	<p>Risultato raggiunto nel 2018</p>	<p>Risultato raggiunto nel 2018</p>	<p>raggiunto</p>

Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	Per gli interventi monitorati	90% entro la classe di priorità assegnata		78,9% (totale della tabella precedente)	70,58%	<p>Nel corso dell'anno si è assistito ad un notevole miglioramento del risultato e la performance dell'Azienda si consolidata vicino al target grazie a tutte le Azioni prontamente adottate:</p> <ul style="list-style-type: none"> -riorganizzazione dei comparti con separazione programmato e urgenza, con creazione del comparto per emergenza ed urgenza (COE); - verticalizzazione delle sedute operatorie con maggiore disponibilità delle sale; -ulteriore ampliamento di disponibilità di sedute operatorie (a partire dal mese di ottobre 2019); -stipulati accordi nella rete provinciale con Azienda territoriale e Privato accreditato a partire da luglio 2019 (chirurgia generale e urologia). <p>Le attività di cui sopra hanno come obiettivo l'aumento delle sedute operatorie programmate per l'abbattimento dei tempi d'attesa. Nel corso del 2019 si è verificato anche un problema tecnico di mancato invio delle sospensioni che ha particolarmente inciso, fino alla sua risoluzione, sull'indice di performance.</p> <p>La performance ottenuto, pertanto, si ritiene positiva.</p>
	Per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclat ore con classe di priorità A:	90% entro 30 giorni		78,6% Il PUAP (punto unico aziendale prericoveri) ha intensificato le attività di supporto ai prericoveri per la corretta gestione delle liste d'attesa con particolare riferimento alle classi A.	93.2%	E' stato attivato un monitoraggio, da parte del PUAP di tutti gli interventi in classe A. Per l'Urologia, una delle U.O. più critiche in questo ambito, è stata attivata un protocollo per il trasferimento di pazienti all'Ospedale di Fidenza. Obiettivo raggiunto

Le aziende nel corso del 2019 dovranno esaurire le liste di attesa dei pazienti inseriti prima del 1/1/2018 (rif. Nota PG 93684 del 9/2/2018).	Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018 e 2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017 sul totale dei casi in lista al 31/12/2017	100%	88%	96%	96%	Obiettivo sostanzialmente raggiunto in quanto prossimo al target e in netto miglioramento rispetto al 2018
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione	N° di obiettivi raggiunti:	100%	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto. E' stato costituito un gruppo di lavoro di Presidio per la riorganizzazione delle attività di pre-ricovero. E' stato inoltre costituito un gruppo di lavoro per l'applicazione all'interno del presidio del regolamento aziendale della gestione delle liste di attesa, l'informativa, costituita da un modulo informatico da stampare e consegnare ai pazienti al momento dell'accesso ambulatoriale è stata regolarmente predisposta.
Flusso informativo Sigla	Indice di completezza	>= 90%	81,20%	Dato non disponibile per il I semestre.	Dato non disponibile per l'anno 2019.	Le attività di definizione del nomenclatore sono state avviate e la performance si valuta positiva

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Indicatore	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni della DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno. 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 31.12.2018.	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto

3.2.1 **Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto**

Obiettivo Operativo: In attuazione della DGR 2040/2015, 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 inappropriata. Particolare attenzione dovrà essere posta negli ambiti e nelle discipline che presentano le maggiori criticità (otorino, ortopedia, urologia, gastroenterologia) mediante l'elaborazione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale. L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori tra i quali la degenza media: a tal proposito va sottolineato come i dati regionali riportino una variabilità rilevante e sempre crescente fra le diverse realtà ospedaliere, con un Indice Comparativo di Performance che va, nel 2018, da 1.45 a 0.67 (rif. DGR 2040 da 1.26 a 0.9) per i singoli stabilimenti pubblici. Un'adeguata gestione dei PL (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.) favorisce inoltre un miglioramento delle performance in entrata: tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e sovraffollamento in PS.

INDICATORE	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriata in regime ordinario	<0,19 (Griglia LEA)	0,19	0,20	0,19	Obiettivo raggiunto
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriata relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	< anno 2018	DRG 008: +6,84% DRG 088 : - 27,53% DRG 158: -3,96% DRG 160: +6,33% DRG 429: +23,26 DRG 503: -12% DRG 538: +13,28%	DRG 008: + 7,74 % DRG 088 : -25,86% DRG 158: -8,33% DRG 160: +40,91% DRG 429: -45,45 DRG 503: 7,41% DRG 538: -17,44%	DRG 008: 0 % DRG 088 : -18,44% DRG 158: -18,37% DRG 160: +10,71% DRG 429: -39,62% DRG 503: +22,73% DRG 538: +11,03%	Obiettivo parzialmente raggiunto
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 – Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000*	<= 59.1		Il n.di ricoveri per il DRG 088 è in riduzione del -25,86%	Il n.di ricoveri per il DRG 088 è in riduzione del -13,84%	Per AOU l'obiettivo si ritiene raggiunto
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 – Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000**	<= 27.1		Il n. di ricoveri per il DRG 429 è in riduzione del -45,45%	Il n. di ricoveri per il DRG 429 è in riduzione del -23,65%	Per AOU l'obiettivo si ritiene raggiunto

3.2.2 Reti di rilievo regionale

Nel 2018 sono stati costituiti i Coordinamenti Regionali di Rete per le funzioni Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare, Neuroscienze, Oncologica e Oncoematologica, con DGR 972/2018, e con determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (DGCPSW) i relativi Gruppi di Lavoro.

Sono obiettivi regionali per l'anno 2019:

- Definizione della proposta di organizzazione di rete per gli specifici ambiti;
- Definizione dei criteri clinico-organizzativi e degli strumenti di attività di rete;
- Definizione degli indicatori di valutazione e monitoraggio dell'attività di rete;
- Predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti.

E' obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione

3.2.2.1 Rete Neuroscienze

In relazione agli obiettivi per l'anno 2019 previsti dal Coordinamento Regionale Neuroscienze nelle more della formalizzazione delle indicazioni regionali inerenti la Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), con le Aziende sanitarie regionali sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2017: Stroke unit (SU) di I livello o area stroke e Stroke Unit di II livello. Inoltre, per le Aziende Sanitarie con Stroke Unit eleggibili a stroke unit di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sarà verificata l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus.

Oltre agli indicatori pertinenti già riportati alle sezioni "reti tempo dipendenti" e "centri di riferimento regionali" saranno monitorati i seguenti aspetti:

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "malattia di Parkinson" secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno	Sì		In via di revisione secondo le linee di indirizzo regionali	In via di revisione secondo le linee di indirizzo regionali	L'Azienda ha assicurato la partecipazione dei professionisti neurologi al tavolo di lavoro regionale per la stesura del documento inerente i disturbi del movimento. E' in via di revisione il PDTA aziendale sulla Malattia del Parkinson, che prevede il coinvolgimento anche di professionisti del territorio.
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "demenza giovanile" secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno	Sì		In via di completamento secondo le linee di indirizzo regionali	In via di completamento secondo le linee di indirizzo regionali	E' in corso di completamento il PDTA provinciale delle demenze, che prevede la costituzione del Centro Disturbi Cognitivi all'interno dell'AOU, con due settori, uno geriatrico che tratterà prevalentemente le demenze nell'anziano ed uno neurologico, deputato alla presa in carico delle demenze giovanili.

3.2.2.2 Rete dei Centri di Senologia

INDICATORE	target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
N° interventi in centri > 150 casi/ anno	(risultato atteso) >= 150/anno	427	422	427	I semestre: 212 II semestre: 215 Obiettivo raggiunto
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 7,5 Media nazionale	5,22	5,5	4,5	Dato inferiore alla media regionale; obiettivo raggiunto
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80%	75%	75%	79%	Si conferma il trend in miglioramento dell'indicatore, in crescita rispetto al 2018 e sostanzialmente in linea col target. Pertanto, considerando il trend, l'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto.

<p>% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico</p>	<p>≥ 90%</p>	<p>85%</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>Raggiungimento target confermato. Il restante 10% è composto da pazienti con controindicazioni alla effettuazione della radioterapia</p>
<p>% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico</p>	<p>≥90%</p>	<p>80%</p>	<p>85%</p>	<p>88%</p>	<p>Si conferma il trend in miglioramento dell'indicatore, rispetto al 2018 ed il risultato consolidato e prossimo al target. Pertanto, considerando il trend, l'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto.</p>

3.2.2.3 Rete Malattie Rare

Centro HUB Rete Regionale Malattie Emorragiche Congenite

Obiettivo operativo: Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare:

Obiettivo	Indicatore	Target	ANNO 2019	Dipartimenti e/o Unità Operative coinvolte
Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica:	Tempo di attesa medio per il primo accesso	100% dei contenuti previsti	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. Le urgenze notturne, prefestivi e festivi sono gestite dal servizio Pronto Disponibilità dedicata	SSD Centro HUB Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite
	Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento		I follow-up vengono programmati direttamente dal Centro, in base alle caratteristiche cliniche e all'età, con tempi medi di attesa di 30-40 giorni.	
	Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare		Viene organizzato un check up annuale multidisciplinare (visita ortopedica, odontoiatrica; epatologica e pediatrica in casi selezionati) Visite ortopediche e odontoiatriche dedicate sono prenotabili telefonando al Centro con agenda specifica	
	Offerta di counselling genetico (modalità e tempi)		Viene svolta in collaborazione con la biologa molecolare del Centro, e fornita secondo indicazione clinica, in particolare nelle nuove diagnosi, per gli studi famigliari e le diagnosi prenatali. 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. Dal 2019 è attiva, oltre a Emofilia A, difetto fattore VII e XI, la diagnostica molecolare per la malattia Von Willebrand disponibile per la Rete regionale	

	Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)		Al momento non è ancora stato definito un percorso aziendale inerente le consulenze psicologiche. L'Associazione pazienti (AVES-Parma) ha attivato dal 13/12/19 una convenzione per progetto "Punto di ascolto" attivo presso il Centro due volte a settimana (nei giorni del check-up multidisciplinare) con attività di accoglienza e di supporto psico-pedagogico.	
	Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)		Il percorso di transizione dall'età pediatrica all'età adulta non si rende necessario in quanto il Centro Emofilia gestisce i pazienti dalla diagnosi (anche in età neonatale) fino all'età adulta. Il Centro Emofilia si avvale, in caso di necessità, di una stretta collaborazione con la U.O. Pediatria ed Oncoematologia.	

Centro HUB Rete Regionale Fibrosi Cistica

Obiettivo operativo: Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica:

Obiettivo	Indicatore	Target	ANNO 2019	Dipartimenti e/o Unità Operative coinvolte
Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica: la relazione è stata inviata in regione in data 19/05/2020	Tempo di attesa medio per il primo accesso	100% dei contenuti previsti	Il tempo di attesa medio per la presa in carico del paziente con prima visita è di circa 7 giorni, una volta fatta la diagnosi. I pazienti attualmente in carico al Centro HUB Fibrosi Cistica di Parma sono 178, di cui 125 con età maggiore di 18anni (70%). Nel 2019 sono stati acquisiti dal Centro HUB 14 nuovi pazienti, di cui 13 nuove diagnosi e 1 trasferimento da altro centro.	Dipartimento Materno Infantile
	Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento		L'attività assistenziale relativa alla Fibrosi Cistica 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 di età si effettua una visita ogni mese; per le età successive, la visita di controllo viene effettuata ogni 2-3 mesi (in media 5 visite/anno per paziente). A questa programmazione, fanno eccezione 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 caso di emergenza (es. emottisi), viene effettuato il ricovero ospedaliero urgente (presso le degenza della Clinica Pediatrica e della Clinica Pneumologica, per i pazienti adulti).
	Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare		Viene organizzato un check up annuale multidisciplinare (visita ortopedica, odontoiatrica; epatologica e pediatrica in casi selezionati) Visite ortopediche e odontoiatriche dedicate sono prenotabili telefonando al Centro con agenda specifica
	Offerta di counselling genetico (modalità e tempi)		Per quanto riguarda il counselling genetico, viene effettuato dalla Genetica Medica dell'AOU di Parma principalmente sui genitori al momento della diagnosi, per le nuove gravidanze nelle famiglie dei malati e 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 un mese, in caso di urgenze (es. con gravidanza in atto) il tempo è di circa una settimana. La prenotazione della consulenza viene gestita e prenotata direttamente dal Centro Fibrosi Cistica con la Genetica Medica, mentre per i pazienti non appartenenti al Centro è possibile la prenotazione al CUP.
	Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)		La psicologa fa parte a tempo pieno del team multidisciplinare dedicato alla cura del paziente con FC. L'attività comprende: colloquio e valutazione della qualità di vita e del tono dell'umore, mediante somministrazione di questionari specifici almeno 1 volta all'anno a tutti i pazienti. Inoltre, vengono effettuati colloqui con i pazienti o con i familiari, ogni volta che vi sia la necessità. La richiesta di assistenza psicologica viene presa in carico entro 24 ore dalla richiesta, sia per pazienti ambulatoriali, che per pazienti ricoverati. Nel 2019 sono stati effettuati 200 colloqui su pazienti ambulatoriali e 100 su pazienti ricoverati.

	<p>Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso</p>		<p>Il percorso di transizione dall'età pediatrica all'età adulta prosegue nella collaborazione con la UO Clinica Pneumologica, iniziata nel 2009, che prevede il progressivo passaggio dei pazienti con FC con età maggiore di 18 anni ad un team di cura, che ha come referente clinico il pneumologo. La Clinica Pneumologica dell'AOU di Parma rappresenta uno dei Centri Spoke per il paziente adulto, insieme alle altre Unità Operative di Pneumologia delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ferrara.</p>	
--	---	--	--	--

3.2.2.4 Rete dei tumori rari

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019 (*)	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Le Aziende sanitarie devono garantire la partecipazione fattiva e il supporto dei propri professionisti ai gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto	Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di individuare centri di diverso livello per favorire la centralizzazione delle attività che richiedono presenza di massa critica al fine di garantire l'alta specializzazione dei professionisti e la formalizzazione di team multidisciplinari	100% dei contenuti previsti		100%	100%	<i>Obiettivo raggiunto</i>
	Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico.					

3.2.2.5 Rete per la Terapia del dolore

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%	85%	90,5%	93,13	Il dato in costante miglioramento e superiore alla media RER è stato raggiunto grazie alla costante sensibilizzazione dei professionisti e azioni ad hoc da parte della Direzione Sanitaria mirate a perfezionare alcuni specifici ambiti particolarmente critici. Pertanto, considerando il trend, l'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto.

3.2.2.6 Rete delle Cure Palliative Pediatriche

In data 15/05/2019 è stato organizzato da AUSL di Parma, in collaborazione con AOU, incontro del Gruppo di lavoro interaziendale UVMP sulle CPP presso la Direzione Sanitaria di AOU , con la partecipazione delle Direzioni Sanitarie con rendicontazione della casistica 2018 dei casi eligibili per CPP con compilazione di check list trasmessa dalla Regione .

I referenti delle CPP di AUSL ed AOU hanno partecipato alle riunioni della RLCP interaziendale, di cui la Rete delle Cure Palliative Pediatriche fa parte, nelle sedute di Febbraio e Giugno 2019.

Ai sensi della determinazione regionale n. 2726 del 01/03/2018 "Costituzione gruppo tecnico professionale regionale della rete per le cure palliative pediatriche, ai sensi delle DD.GG.RR. n. 1898/2013 e n. 2188/2017" per quanto concerne le Aziende AOU e AUSL di Parma , è stata nominata la Dott.ssa Patrizia Bertolini che ha partecipato alle riunioni del Gruppo Tecnico.

Secondo la DGR n.857 del 31 Maggio 2019 avente come oggetto "Provvedimenti in ordine alla definizione dell'assetto della Rete delle Cure Palliative Pediatriche dell'Emilia Romagna, in attuazione della Legge n. 38/2010", è stata nominata dalle 2 aziende sanitarie della provincia di Parma la Responsabile del PUAP e dell'UVMP (delibera nda trovare...). In AUSL è proseguita nelle prassi la funzione sperimentale di Punto Unico di Accesso Pediatrico, per raccordo nei percorsi di continuità assistenziale tra nodo ospedale e nodo territorio nei casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale, con funzione di supporto per stesura PAI nei nuovi casi in collaborazione con i professionisti coinvolti.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Gli specialisti che hanno partecipato al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e hanno predisposto il "documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna".	Individuazione dei responsabili dell'UVMP a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	Si, tutte le Aziende Sanitarie	Formalizzazione	Si	Si	Obiettivo raggiunto

3.2.2.7 Reti per le patologie tempo-dipendenti

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
VOLUMI IMA	>= 100 casi/anno	718*	353	688	Obiettivo raggiunto
VOLUMI TRAUMA CENTER	>= 240 traumi gravi/anno	396 casi (valore stimato- Il dato non è disponibile sul portale SIVER)	Si (176)	273 traumi gravi	Obiettivo raggiunto
VOLUMI PTCA	> =250/anno	781* 98,72%	352	657	Obiettivo raggiunto
% PTCA PRIMARIE	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)	100%	72,66%	100% Dato Siver	Obiettivo raggiunto
% DI CASI DI STROKE CON CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA	> 80%	100%	99,48%	99,74%	Gli obiettivi nel complesso si ritengono sostanzialmente raggiunti. Si specifica, inoltre, che è in atto una riorganizzazione dell'area di Stroke Unit, che faciliterà l'accesso all'area dedicata dei pazienti affetti da tale patologia. Per quanto riguarda i dati delle trombolisi e.v., sono in via di rivalutazione da parte del Responsabile del Programma Stroke al fine di identificare e migliorare le situazioni non conformi
% TRANSITI IN STROKE	> 75%	69,74%	65,61%	68,1%	
% INTRA-ARTERIOSA	> 5 %	15,58%*	13,68%*	15,95%	
% TROMBOLISI E.V.	> 15%	13,71%*	13,33%*	12,92%	
% RIABILITAZIONE POST- STROKE CODICE 56	> 9%	11,81%*	14,11%	14,74%	

3.2.2.8 Centri di riferimento regionali

INDICATORE	Target	Risultato Raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019		NOTE E COMMENTI
Centri hub: dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	SI		SI		SI	<p>Obiettivo raggiunto. L'AOU di Parma è Centro Hub della Rete Regionale della Terapia del Dolore, come da DGR 792/2019. E' in via di definizione la formalizzazione dell'assetto organizzativo del Centro HUB di Parma, secondo le nuove indicazioni regionali, in considerazione della recente istituzione della SSD Terapia Antalgica.</p> <p>Per quanto riguarda le neoplasie ovariche, è stato istituito un nuovo gruppo di lavoro con il coordinamento Regionale che sta ridefinendo il sistema di rete basato su un PDTA regionale, in via di formalizzazione. Inoltre, a livello aziendale, l'AOU di Parma ha provveduto a elaborare il "PDTA DELLE NEOPLASIE OVARICHE" con la compartecipazione di molti differenti specialisti Aziendali e di Ginecologi dell'AUSL. Il suddetto documento è stato formalizzato con prot. n. 45525 del 28/11/2018 con firma dei Direttori Sanitari delle due Aziende della provincia. Relativamente all'endometriosi, la Regione ha definito con DGR 2307 del 22 novembre 2019 la rete regionale dell'Endometriosi, individuando centri di 1°, 2° e 3° livello. L'AOU è stata inserita come centro di 1° livello, ma è stata inviata dalla Direzione Sanitaria alla fine del 2019 una nota per la Regione in cui si chiede una rivalutata come centro di 2° livello sulla base dei criteri organizzativi definiti dalla delibera stessa e sulla casistica clinica e numerosità dei casi del 2019</p>
Centri di riferimento neurochirurgia pediatrica e dell'ipofisi: definizione dei percorsi e delle funzioni dei centri	SI		Elaborazione in corso	Elaborazione in corso		
Per tutte le Aziende: Definire in collaborazione con il Centro di riferimento specifico percorsi di invio dei pazienti	SI	n.v.			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.
% CASI TRATTATI NEI CENTRI HUB	>2018				n.v.	

<p>Mesotelioma: Tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi</p>	<p>>90%</p>			<p>Il tempo mediano intercorso fra il sospetto diagnostico e la diagnosi istologica è risultato pari a 19 giorni nel 2019</p> <p>95% dei pazienti hanno avuto la diagnosi entro 28 gg</p>	<p>Obiettivo raggiunto. Il paziente affetto da mesotelioma pleurico, presso l'AOU di Parma, è preso in carico nel contesto del PDTA di Oncologia Toracica. Pertanto se il sospetto diagnostico avviene nel contesto aziendale (in corso di ricovero ordinario tramite PS) il paziente viene indirizzato al PDTA e viene avviato alla procedura diagnostica che è, in genere la torascopia (presso AOU può essere sia chirurgica che medica). In alternativa nel caso di sospetto diagnostico sul territorio, il MMG o altro medico inviano il malato presso ambulatorio di Oncologia Toracica (porta di ingresso del PDTA). Dalla valutazione degli indicatori del PDTA di Oncologia Toracica, il tempo mediano intercorso fra il sospetto diagnostico e la diagnosi istologica è risultato pari a 22 giorni nel 2017, 28 giorni nel 2018. Il dato appare quindi in miglioramento</p>
<p>Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi</p>	<p>>90%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Il dato mediano nel 2019 è stato pari a 18 giorni con il 90% dei pazienti che ha intrapreso una terapia sistemica entro 21 giorni dalla diagnosi</p>	<p>Circa questo indicatore, possiamo riportare il dato del tempo mediano fra diagnosi ed inizio di un trattamento sistemico (che rappresenta nella stragrande maggioranza dei caso il primo o eventualmente unico trattamento proposto); Oncologia Medica, Pneumologia ed Endoscopia Toracica, Chirurgia Toracica, Radioterapia e Anatomia Patologica. Obiettivo pertanto raggiunto</p>

3.2.3 **Emergenza ospedaliera**

In relazione al Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza le Aziende devono applicare tali direttive conseguendo il miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1h per i casi di maggiore complessità.

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
L'indicatore complessivo per ciascun pronto soccorso generale e PPI ospedaliero: dovrà essere così calcolato: N°di accessi con permanenza <6h + N° di accessi con permanenza > 6h e < a 7h con prestazioni di diagnostica per immagini e specialistica >=2) / N° totale di accessi in PS generale (esclusi giunti cadavere e abbandoni)	90%		N.D.	78.71%	Nonostante le difficoltà relative al personale, si è lavorato molto su tale ambito per il progressivo miglioramento della performance e pertanto il risultato intermedio conseguito è valutato positivo, nell'ambito di un percorso di miglioramento intrapreso
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%		79,23%	80,72%	L'Azienda ha nominato come da DGR regionale n. 1129/2019 il RAE (Responsabile per l'Accesso in Emergenza) e sono stati istituiti 3 gruppi di lavoro per l'ottimizzazione dei percorsi inerenti input, throughput e output, all'interno del Pronto Soccorso. Il trend osservato è, quindi, di progressivo miglioramento e valutato positivo come trend.

% raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	100%			100%	Il Direttore Sanitario, con nota prot. 33042 ha formalizzato i Gruppi di lavoro per la redazione del Piano di Miglioramento dell'accesso. Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi da implementare entro l'anno 2019. La Direzione Sanitaria ha attivato un tavolo bisettimanale PS-reparti di area medica per monitorare e programmare le dimissioni. Le azioni di miglioramento sono state formalizzate nell'ambito del nuovo Piano per la gestione del sovraffollamento in PS. Obiettivo raggiunto.
---	------	--	--	------	--

Obiettivo operativo: Dovranno essere inoltre implementati i piani operativi per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di INPUT (accessi evitabili) ed OUTPUT (boarding).

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%	Si	100%	100%	Obiettivo raggiunto
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%	Si	100%	100%	Obiettivo raggiunto

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

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell’Emergenza Territoriale		66%	68%	66,5%	L’integrazione tra gli applicativi in uso in Pronto Soccorso e Centrale Operativa 118 è pienamente operativa. Il trend del 2019 risulta complessivamente stabile con un miglioramento rispetto al 2018, negli ultimi 3 mesi dell’anno.

Dovrà essere attuata la riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti).

Deve inoltre essere migliorata la rilevazione dei dati di attività e l’utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

Tutti i PS con performance migliori sono tenuti al mantenimento dei risultati raggiunti al 31.12.2018.

3.2.4 Centrali Operative e 118

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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	Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali	95% del personale che svolge attività di emergenza territoriale 118	Sì	68% L’integrazione tra gli applicativi in uso in Pronto Soccorso e Centrale Operativa 118 è pienamente operativa. La percentuale di adesione sarà oggetto di successivo monitoraggio. E’ previsto, comunque, un trend in miglioramento rispetto al 2018, anno in cui è stata implementata l’integrazione.	Sì (95%)	Obiettivo raggiunto

Obiettivi per AOU Parma garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118 attraverso meccanismi di rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.	% degli infermieri di ogni Centrale 118 che effettua almeno 2turni/anno presso almeno una Centrale Operativa non sede della propria unità operativa	25%	Sì	Sì L'obiettivo è stato perseguito nel primo semestre e verrà raggiunto alla fine del 2019 alla condizione del mantenimento e della completezza e stabilità del personale assegnato alla CO 118 sulla base dello specifico finanziamento regionale	Sì Anche per questo obiettivo la formazione del personale in ingresso nel 2019, in sostituzione degli operatori cessanti è un percorso successivo alla formazione di base in CO 118 e sui mezzi di soccorso.)	Obiettivo raggiunto
L'Azienda USL di Bologna garantisce il necessario supporto tecnico e amministrativo al funzionamento della base di elisoccorso notturna di Bologna avvalendosi della collaborazione delle altre Aziende sanitarie così come previsto dalle apposite convenzioni stipulate per l'utilizzo del personale medico ed infermieristico	Garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno.	Sì	Sì	Sì Continua la presenza degli Infermieri della nostra CO 118 Emilia Ovest presso il Servizio di Elisoccorso notturno della Base di Bologna.	Sì Il 31 dicembre 2019 è cessata la presenza degli Infermieri della nostra CO 118 Emilia Ovest presso il Servizio di Elisoccorso notturno della Base di Bologna in quanto la Base di Bologna si è resa autonoma con personale proprio	Obiettivo raggiunto
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 la qualità dei corsi erogati, mantenendo aggiornati i registri delle persone formate e la mappatura dei defibrillatori attraverso l'app DAE Responder	% di verifiche sul campo dei corsi BLSL erogati da soggetti accreditati	5%	(non applicabile) L'obiettivo è in capo alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di Emergenza territoriale	non applicabile) L'obiettivo è in capo alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di Emergenza territoriale	(non applicabile): L'obiettivo è in capo alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di Emergenza territoriale	
	Localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale che devono essere censiti all'interno del registro informatizzato messo a disposizione dalla Regione	90%	100%	100%	100% Obiettivo raggiunto	

<p>Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende sede di Centrale Operativa</p>	<p>Evidenza completamento delle schede di intervento nei campi destinazione del paziente classe e tipo di patologia riscontrata</p>	<p>90 %</p>		<p>74% schede di intervento complete da aprile 2019 è attiva la nuova versione della procedura emessa dal Sistema 118 Emilia Ovest per la gestione dei flussi informativi atta a garantire la puntuale tracciabilità e registrazione dei dati obbligatori NSIS. Dipartimenti di Emergenza/Urgenza Interaziendale e le Unità Operative di Emergenza Territoriale 118 di Parma, Reggio Emilia, Piacenza.</p>	<p>90% schede di intervento complete</p> <p>Da ottobre 2019 è stata predisposta la reportistica per il monitoraggio del grado di completezza dell'inserimento dei dati relativi ai campi destinazione ospedaliera del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata, prestazione principale e prestazione secondaria effettuata suddivisa per Postazione di Soccorso e mezzo di emergenza intervenuto. NB: il raggiungimento del target del 90% dipende anche dalla collaborazione dei Servizi di Emergenza Territoriali della AUSL di Parma.</p>	<p>Obiettivo conseguito</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, è stato costituito nel 2018 un gruppo di lavoro regionale sulla prevenzione dell'errore ABO, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM che sarà reso disponibile nel 2020.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto Anno 2018	Risultato raggiunto Anno 2019	NOTE E COMMENTI
<p>Adozione di un programma di PBM aziendale.</p>	<p>SI</p>	<p>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.</p>	<p>Il programma PBM è operativo. Esiste un ambulatorio dedicato presso il SIMT. E' aperto a tutti i reparti che ne facciano richiesta. In agenda è presente un apposito spazio dedicato a PBM.</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>

Programmazione di almeno una iniziativa formativa	almeno 1 evento - 50% operatori interessati	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.	Partecipazione al corso sul PBM 28-29/03/2019 a Cesena, e al corso Patient Blood Management SIAARTI-ANEMO 27/09/2019 a Bologna per il 100% degli operatori interessati. Nei corsi interaziendali (2 nel 2019) per la Gestione del Rischio Trasfusionale è stato dato spazio al PBM.	Obiettivo raggiunto
Trasmissione delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017	SI	Sono state stipulate le convenzioni con le Associazioni dei Donatori di Sangue.	Le convenzioni con le Associazioni Donatori secondo DGR 45 del 23/01/2017 e relativi allegati sono attive	Obiettivo raggiunto

Obiettivo Operativo: Per quanto riguarda l'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale una maggiore trasparenza e regolamentazione nell'attività è stata garantita anche attraverso la stipula, nel corso del 2018, di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella delibera di Giunta 865/2016. Nel corso del 2019 è stata portata avanti l'attività tramite l'attivazione delle nuove convenzioni ove richieste.

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Attivazione, nel 2019 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).	A fine giugno 2019 sono arrivate le prime richieste di convenzione con privati, secondo le nuove indicazioni della delibera aziendale 922/2018.	Le richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016 sono state stipulate (ad oggi una convenzione con una struttura privata)	Obiettivo raggiunto

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

1. 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

2. piena funzionalità dei COBUS
3. E' stato avviato il processo di implementazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue
4. Particolare attenzione dovrà essere rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma sia per uso clinico sia per la produzione di medicinali plasma derivati, obiettivo da raggiungere anche attraverso l'estensione dei tempi di apertura delle strutture dove avviene la raccolta

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>=80%	Sui punti indicati si segnala: <ul style="list-style-type: none"> • in merito all'Informatizzazione regionale si è avuta un' ampia e continua partecipazione al gruppo di lavoro; • Partecipazione, sostegno e stimolo alle campagne di promozione attivate in ambito regionale e provinciale; • Piena operatività del COBUS soprattutto sul tema del PBM; • Per quanto di competenza del SIT di Parma: completa risposta rispetto al progetto Pazienti Talassemici di Ferrara. 	Il SIMT partecipa attivamente allo sviluppo delle campagne di promozione della donazione. E' in atto un progetto, sponsorizzato dal CRS, per l'implementazione della plasmateresi e della donazione del plasma. Il COBUS è operativo. Il SIMT ha risposto completamente al progetto Talassemici, collabora attivamente con l'Oncoematologia pediatrica di Parma alla cura della drepanocitosi (+ 25% eritroexchange rispetto al 2018). Si conferma l'invio dei report trimestrali di attività	Obiettivo raggiunto
Adozione del sistema informativo unico regionale (secondo calendario concordato)	SI		Il Personale incaricato del SIMT, e Associativo, ha partecipato e partecipa tutt'ora alle attività per l'implementazione del Sistema Informatico Regionale.	Obiettivo raggiunto

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	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017.		Raggiunta	Raggiunta	Raggiunta	Obiettivo raggiunto
Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.		55,93%	56,52%	65%	Obiettivo raggiunto e in miglioramento rispetto al 2018
Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.		36,4%	28,6%	22,9%	Obiettivo raggiunto e in miglioramento rispetto al 2018
Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come da indicazioni del CRT-ER.	>=18%	139 (ATTESE 124) =20,2%	61	141	Obiettivo è atteso come raggiunto
Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.	>= obiettivi CRT-ER	Richieste 6 segnalazioni Effettuate 4 segnalazioni con 3 consensi e 1 opposizione	3	Richieste 6 segnalazioni EFFETTUATE 6 Consensi 3 Opposizioni 2 Non Idoneo in C.O. 1	Obiettivo raggiunto e in miglioramento rispetto al 2018
Donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD)	Presidio Ospedaliero di Parma: almeno 4 segnalazioni di donazioni DCD	2 DONAZIONI	2	4 donatori	Obiettivo raggiunto e in miglioramento rispetto al 2018
Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente.			Effettuato	EFFETTUATO	Obiettivo Raggiunto

Obiettivo Operativo: Data attuazione alla riorganizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna così come da Delibera Regionale 2118 del 10/12/2018 si richiede:

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Numero di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate	>=95%		100% (Numero di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate: 61 cornee processate/61 cornee arrivate)	100% arrivate e processate 141 cornee	Obiettivo raggiunto
Numero di cornee assegnate dalla banca sul numero totale delle cornee pervenute	>=50%		30% (Numero di cornee assegnate dalla banca sul numero totale delle cornee pervenute: 18 cornee assegnate/61 cornee pervenute)	35 assegnate (25% assegnate)	Obiettivo parzialmente raggiunto

3.2.7 Volume esiti

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Tumore della mammella	Nr. minimo di interventi per Struttura / % di interventi in reparti sopra soglia	>= 150/anno	427	98,6%	99,06%	Obiettivo conseguito
Colecistectomia	Nr. minimo di interventi di colecistectomia per Struttura / % di interventi in reparti sopra soglia.	>=100/anno	98%	98,14%	97,38%	Obiettivo conseguito
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione interventi degenza operatoria <=3 gg di con post	>=75%	68,79%	79,47%	81,22%	Obiettivo conseguito

Frattura di femore	Nr. minimo di interventi per frattura femore per Struttura \ % di interventi in reparti sopra soglia	>=75 /anno	99%	99,62%	98,71%	Obiettivo conseguito
	Interventi eseguiti entro 48 ore per frattura di femore	>= 70%	52%	72,91%	71,56%	Obiettivo conseguito Si sono consolidati i dati di performance dopo le azioni di miglioramento implementate a partire da novembre 2018 e dopo l'audit specifico sugli interventi per frattura di femore.
	Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%	100%	100%	100%	Obiettivo conseguito La valutazione multidisciplinare è parte integrante dei PDTA Oncologici all'interno dell'Azienda, che prevedono nella totalità dei casi incontri collegiali del team multidisciplinare. Risultano attivati da questa Direzione i seguenti PDTA di interesse chirurgico: 1) PDTA Interaziendale Tumore della Prostata; 2) PDTA Oncologia Toracica; 3) PDTA Lesioni Focali Epatiche Risultano attualmente in fase avanzata di elaborazione i seguenti PDTA di interesse chirurgico: 1) PDTA Tumore Colon Retto; 2) PDTA Tumore della Tiroide; 3) PDTA Tumore dell'Ipofisi Anche nell'ambito dei PDTA oncologici non ancora formalizzati, viene effettuata sempre la valutazione multidisciplinare
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.						

3.3 Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

Obiettivo Operativo: 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.

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening oftalmologico entro il 2019	100%		Si	Si	Obiettivo raggiunto. 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", lo Screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, è stato effettuato su tutti i nuovi nati prima della dimissione: vi è traccia sulla cartella clinica del neonato e sulla lettera di dimissione. Nei casi in cui il riflesso rosso risulti patologico o mal valutabile è prevista una visita oculistica dallo specialista in tempi rapidi e comunque entro i primi 10 gg di vita. La lettera di dimissione è condivisa con i Pediatri di Libera in un percorso di integrazione ospedale territorio già in essere.

Obiettivo Operativo: Con la L. 167/16 e il DM 13 ottobre 2016 lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è entrato nei LEA. Per il miglior funzionamento del sistema e per mantenere l'obiettivo dell'offerta dello screening a tutti i nuovi nati dovranno essere garantiti da parte del centro screening la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e dovranno essere rafforzati i rapporti di condivisione e collaborazione fra laboratorio di screening e centro clinico al fine della maggiore tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019 (*)	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
% di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%			100%	Obiettivi conseguiti. L'offerta dello Screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è garantita a tutti i nuovi nati, con tracciabilità in cartella clinica dell'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening). I rapporti di condivisione e collaborazione fra laboratorio di screening e il nostro centro sono continui, comunicazioni sia attraverso telefono che mail. La costante e scrupolosa sorveglianza ha consentito, anche in questo primo semestre (luglio 2019) di individuare precocemente un caso di sospetta malattia metabolica rara (glutarico aciduria di tipo II) con presa in carico della neonata nella nostra struttura e avvio di intervento terapeutico, in attesa delle indagini genetiche, indispensabili per la conferma della malattia.
% di neonati con conferma di malattia endocrina o metaboliche presi contestualmente in carico dal centro clinico del sistema screening o indirizzati presso altri centri clinici con competenze specifiche	100%		100%	100%	

Obiettivo operativo: per quanto attiene allo screening uditivo, con la deliberazione di Giunta Regionale n.694 del 23 maggio 2011, la Regione Emilia-Romagna ha definito l'implementazione dello "Screening perdita congenita dell'udito" e del "Percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia-Romagna" impegnando le Aziende Sanitarie della Regione. La particolarità di questa programmazione regionale è quella di integrare lo screening audiologico neonatale al percorso terapeutico assistenziale garantendo un Percorso aziendale di continuità assistenziale del neonato con sordità o ipoacusia dedicato.

Per quanto attiene allo Screening uditivo: a tutti i nuovi nati è garantito lo screening uditivo mediante valutazione delle otoemissioni acustiche
il flusso dei neonati ai quali è stato garantito lo screening, il numero dei neonati a rischio audiologico, dei neonati a rischio con ABR (DGR 694/2011, Screening perdita congenita dell'udito) viene comunicato al Coordinatore dell'afflusso di dati sugli screening uditivi per la nostra provincia (Dott.ssa Silvia Zanotti, Responsabile dell'U.O. di Neurologia Funzionale e Riabilitazione- Distretto di Parma (NPI-AUSL), e Referente del Tavolo regionale sulla Disabilità Uditiva.

3.4 Sicurezza delle cure

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Un requisito previsto dal DM 70/2015 e dall'accreditamento istituzionale è quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi per il consolidamento delle reti dei referenti/facilitatori presso i Dipartimenti/Unità Operative.				E' stato elaborato e diffuso il Dossier Formativo di Gruppo 2019 sulla Sicurezza delle cure. Il dossier è l'esito del lavoro di 3 incontri di lavoro (24 gennaio 2019 – 4 febbraio 2019 – 25 febbraio 2019) ai quali hanno partecipato professionisti afferenti ai seguenti servizi/strutture: farmacia e governo clinico del farmaco, medicina legale, governo clinico, servizio di prevenzione e protezione aziendale, settore formazione e sviluppo del potenziale.	SI L'offerta formativa ha previsto 30 tipologie di eventi sui vari temi della sicurezza delle cure. I corsi Previsti dall'offerta formativa sono stati realizzati	Obiettivo raggiunto
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nell'anno 2018, che andrà anche aggiornato rispetto alle attività previste per il 2019.	Si	SI	SI Il Report di attuazione del Piano Programma 2018 e l'aggiornamento degli obiettivi 2019 sono stati realizzati e trasmessi alla RER con nota prot. 9037 del 28.02.2019. E' stato elaborato il nuovo Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021 comprensivo dell'aggiornamento degli Obiettivi 2019, trasmesso alle UU.OO. con nota prot. 18108 del 30.04.2019	SI	Obiettivo raggiunto

<p>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.</p>	<p>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 2018- Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 Strutture segnalanti 2018 >=3</p>	<p>Evidenza di partecipazioni e al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture e non segnalanti nel 2017</p>	<p>SI</p>	<p>Tot IR 1°sem. 41 (vs IR 2018=64)</p> <p>Non tutte le strutture che hanno segnalato nel 2018 hanno già alimentato, nel primo semestre, il flusso IR.</p> <p>SI - 8 Strutture che non avevano segnalato IR nel 2018 hanno redatto un IR.</p> <p>Le nuove UU.OO. segnalanti nel 1° sem. 2019 sono state: Diagnostica Ematochimica, Nefrologia Neurologia Oncologia CL.pneumologica Clinica Chirurgica Generale Cardiochirurgia Day Surgery</p>	<p>SI I Flussi Informativi SIMES e IR sono stati regolarmente alimentati. E' stato rilanciato e potenziato il Sistema IR Nel corso del 2019. Nel 2019 gli Incident Reporting sono stati N. 122. Le UO che nel 2018 non avevano segnalato, ma che hanno effettuato almeno un Incident Reporting nel 2019 sono state n° 18.</p> <p>Il debito informativo SIMES è stato assolto: sono stati segnalati Tot. N. 3 ES L'Azienda ha effettuato il monitoraggio annuale delle buone pratiche Agenas e ha partecipato alla Call annuale AGENAS sulle Buone Pratiche per la sicurezza delle cure.</p>	<p>Obiettivo Raggiunto</p>
	<p>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</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>SI 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) è stata elaborata e pubblicata sul sito WEB aziendale il 28 marzo 2019</p>	<p>SI</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>
<p>Implementazione delle raccomandazioni relative al percorso nascita e all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia.</p>	<p>Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia</p>	<p>100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni</p>	<p>SI</p>	<p>E' stato redatto un Documento "Sicurezza delle cure in Ostetricia", redatto dalla SC Ostetricia e Ginecologia in collaborazione con l'SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, Qualità e Accreditemento con l'obiettivo di chiarire i flussi informativi ai vari livelli, coinvolgere tutti gli specialisti appartenenti all'UO nel processo di riconoscimento, segnalazione, analisi e azione in caso di complicanze ostetriche o perinatali. Nel 1° semestre 2019 è stato gestito e segnalato 1 caso significativo che è stato gestito con Significant Event Audit e segnalato secondo le indicazioni regionali e aziendali.</p>	<p>SI A seguito del protocollo "Sicurezza delle cure in Ostetricia", redatto dalla SC Ostetricia e Ginecologia in collaborazione con l'SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, sono stati identificati i</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>

					<i>casi significativi e sono stati effettuati i Significant Event Audit, comunicati secondo le indicazioni regionali e aziendali.</i>	
Continuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della Check List Sala Operatoria e relative azioni di miglioramento	Copertura SDO su procedure AHRQ4	>= 90%	83%	82,86%	86.81%	Obiettivo sostanzialmente conseguito, sono state effettuate diverse azioni incisive di sensibilizzazione che hanno portato ad un miglioramento e al conseguimento negli ultimi mesi del target superiore al 90%
	linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 80%	66%	71,94%	79.85 Obiettivo raggiunto, considerando anche il trend	Obiettivo Raggiunto
	continuare ad essere garantito l'assolvimento del debito informativo previsto dalla circolare 18/2016 (Surgical Safety Checklist - SSCL)			Il debito informativo viene garantito dal SIA	SI	
	Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	Almeno 75 Osservazioni per azienda	SI	Le visite verranno effettuate nel secondo semestre 2019	SI Sono state svolte n.85 osservazioni nelle sale operatorie della Clinica Chirurgica Generale e della Clinica Ortopedica da parte di medici specialisti in chirurgia che operano nelle strutture di cui sopra. Le osservazioni si sono svolte attraverso l'ausilio di tablet per sperimentare l'app predisposta dalla Regione. Il progetto osservare in azienda si è oramai consolidato.	Obiettivo Raggiunto

<p>Raccomandazioni per la sicurezza delle cure</p>	<p>Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore.</p>	<p>Almeno 1 Unità Operati va</p>	<p>SI- 1 UU.OO</p>	<p>Le visite verranno effettuate nel secondo semestre 2019</p>	<p><i>SI</i> Sul tema prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori, anche a seguito di un episodio di aggressione in Pronto Soccorso è stato effettuato uno specifico incontro con la Direzione Aziendale e gli operatori coinvolti per ricercare le azioni di miglioramento da mettere in campo. Sono stati diffusi nuovi poster plastificati, programmata la formazione annuale e rinnovate le raccomandazioni aziendali.</p>	<p>Obiettivo Raggiunto</p>
<p>Sempre riguardo alle buone pratiche, la sicurezza in chirurgia rimane un ambito meritevole di particolare attenzione; sono state pertanto emanate le "Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto" e le "Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto", che dovranno essere recepite tramite emanazione di relative procedure aziendali</p>	<p>Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto</p>	<p>Emanazione procedura aziendale</p>		<p>L'Azienda con nota prot. 4311 del 30.01.2019 ha trasmesso alle UU.OO. interessate le "Linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto", approvate con determinazione regionale n. 20618 del 07/12/2018. Nel corso del 2019 il gruppo di lavoro (medici 1° Anestesia e Rianimazione; Medici 2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica) ha completato la nuova procedura aziendale P075AOUPR Gestione Vie Aeree Difficili trasmessa alle UU.OO. con nota 32111 del 05.08.2019 E' in programma per il 2° semestre 2019 un corso di formazione aziendale che mira a diffondere il documento e a sensibilizzare alle buone pratiche i professionisti.</p>	<p><i>SI</i> La procedura Aziendale, elaborata con i professionisti è stata diffusa anche attraverso la Intranet Aziendale. Per diffondere e sensibilizzare sui contenuti della procedura è stato svolto anche un incontro formativo con i professionisti del 1° e 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione. All'incontro erano presenti i Direttori delle due strutture</p>	<p>Obiettivo Raggiunto</p>
	<p>Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto</p>	<p>Emanazione procedura aziendale</p>		<p>Le Linee di Indirizzo Regionali sono state assunte e contestualizzate tramite una procedura aziendale redatta da un gruppo multiprofessionale multidisciplinare. La procedura, nella fase finale della stesura e sarà emanata, nel 2° semestre 2019. Alla procedura farà seguito un corso di formazione aziendale che mira a diffondere il documento e a sensibilizzare alle buone pratiche i professionisti.</p>	<p><i>SI</i> La procedura Aziendale, elaborata con i professionisti è stata diffusa anche attraverso la Intranet Aziendale. La procedura è stata accolta favorevolmente dai professionisti che operano in tutte le UO chirurgiche e nel 1° e 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione. In particolare, lo</p>	<p>Obiettivo Raggiunto</p>

					strumento operativo per la valutazione del rischio individuale e la prescrizione del corretto regime di tromboprofilassi è considerato utile e di semplice utilizzo. Per la diffusione e sensibilizzazione del documento si sono svolti incontri formativi capillari così da raggiungere tutti i professionisti di tutte le UO. La procedura è ormai entrata nella routine dei processi organizzativi e in tutti i setting di cura.	
continuare l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.	Estendere l'attività di auditing, tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute / procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta dell'azienda in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019	N. 4 audit e reporti complessivi dei risultati	SI	In linea con le indicazioni regionali è stato pianificato l'Audit per il 2° semestre 2019. L'organizzazione dell'Audit è stata formalizzata con nota prot. n. 33946 del 21/08/2019 Le UU.OO. coinvolte nell'Audit per la verifica dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle cadute sono: Medicina Interna; Programma Stroke Care; Neurochirurgia; Cl. Ortopedica e Traumatologia	SI L'Audit è stato effettuato nelle 4 UU.OO. identificate, nei tempi e con le modalità previste dalla RER. E' in corso l'elaborazione del reporting complessivo con i risultati dell'Audit Clinico effettuato, che sarà inviato ai Direttori e ai Coordinatori delle 4 UU.OO interessate per un Feed-Back a tutti i Professionisti.	Obiettivo Raggiunto
	Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018	+ 30%		SI: 26 partecipanti alla FAD nel 2018 e 578 nel 1° sem. 2019	SI: operatori hanno effettuato il corso FAD nel corso del 2019 più di 800	Obiettivo Raggiunto

3.5 Accredитamento

Entro il 31/12/2019 tutte le aziende sanitarie dovranno essere sottoposte a verifica 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".

Si precisa che, quanto contenuto nell'allegato alla Delibera in oggetto sostituisce integralmente i requisiti approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004. Tali requisiti, che dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda di rinnovo, variazione o nuovo accreditamento, saranno applicati a livello delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. Le aziende, al momento della domanda devono inoltre possedere i requisiti specifici vigenti ed applicabili alle attività oggetto di accreditamento.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Effettuazione della verifica di rinnovo accreditamento entro il 31/12/2019	100%		La visita di verifica è stata effettuata nei giorni 7-8 e 9 maggio 2019	100% La visita di verifica è stata effettuata nei giorni 7-8 e 9 maggio 2019. Il verbale della verifica è stato condiviso con il Collegio di Direzione anche al fine dell'adozione di ulteriori azioni di miglioramento. Sono stati effettuati successivi incontri aziendali in plenaria in cui sono state diffuse le valutazioni della Commissione e condivise con i professionisti le aree di miglioramento.	Obiettivo raggiunto

<p>Conferma del Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento</p>	<p>100%</p>		<p>=96.6% Sono stati valutati i seguenti Requisiti per l'accreditamento: Requisiti generali (DGR 1943/2017) Requisiti specifici relativi alla Funzione di governo aziendale della formazione continua (DGR 1332/2011) Funzione di Provider ECM (DGR 1333/2011) Il verbale del 18/06/2019 è stato recepito dall'Azienda e con nota prot. n.29934 del 17/07/2019 sono state confermate le valutazioni del team di verifica e fornite alcune osservazioni di merito</p>	<p>100% A seguito della visita di accreditamento l'Azienda ha definito gli interventi e le azioni di miglioramento da intraprendere per raggiungere pienamente tutti i requisiti della DGR 1943/2017.</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>
--	-------------	--	--	---	----------------------------

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. Le Aziende sanitarie sono tenute a condurre l'audit "T1" per monitorare l'adesione alle Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione /Procedura Aziendale nelle unità operative pilota (n. 4 area medica e n, 2 area chirurgica).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
<p>Conduzione dell'audit "T1" nelle unità operative pilota</p>	<p>100%</p>		<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>

<p>Il 75% degli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione</p>	<p>75%</p>		<p>0%</p>	<p>75% L'azienda ha riscontrato criticità nell'accesso al Programma FAD, pertanto è stata strutturata una cartella condivisa organizzata in corso di formazione per il personale Senior infermieristico e Oss e personale neoassunto . Ai corsi ha preso parte tutto il personale del Dip Medico geriatrico Riabilitativo, Dip Chirurgico oggetto di Audit. E' stato organizzata formazione Resenziale in 5 Edizioni per i neoassunti.</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p>
---	------------	--	-----------	--	----------------------------

3.7 Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi

Obiettivo operativo: con determinazione DGCPWS 7252/2018 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla buona pratica e sull'utilizzo degli accessi vascolari centrali e periferici nell'ambito del sistema sanitario regionale. Per accesso vascolare si intende l'accesso al circolo ematico tramite un dispositivo vascolare a pazienti acuti e cronici per finalità diagnostiche e terapeutiche. Gli accessi vascolari sono generalmente distinti in due tipi: centrali e periferici. C'è ampia varietà di opzioni disponibili e la selezione del device deve avvenire in base ai bisogni clinico assistenziali del paziente, alla tipologia, alla durata e alla frequenza della terapia infusione (o altro). L'accesso vascolare nel percorso di diagnosi e cura di un paziente sulla base dei bisogni di salute riveste grande importanza, per la maggiore complessità clinico assistenziale dei pazienti. Le Aziende sanitarie sono tenute a recepire le linee di indirizzo regionali e ad aggiornare la loro procedura aziendale.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le Linee di indirizzo regionali	100%		La procedura sugli accessi vascolari è in corso di completamento da parte degli anestesisti.	La procedura è in bozza, tuttavia, i processi organizzativi e gli strumenti sono stati sperimentati nel corso del 2019. E' in corso un'interlocuzione con il Servizio aziendale SIA per superare il problema relativo alla gestione dei dati sensibili dei pazienti, così da essere in linea con la normativa vigente sulla privacy, quando il clinico fa richiesta per l'impianto del device vascolare. Si rimane in attesa della emanazione delle Linee di Indirizzo Regionali per allineare i contenuti della procedura aziendale.	L'obiettivo si ritiene raggiunto

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.

Nell'anno 2019 sono stati ripresi i seguenti impegni:

- 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;
- 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;
- 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.

Nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario assegnato, la Direzione Generale si è impegnata a raggiungere il pareggio civilistico di bilancio, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2019 riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva, attraverso l'individuazione e la realizzazione tempestiva di tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali.

L'esercizio 2019 è stato caratterizzato da un livello di costi in aumento, con ricadute sui bilanci aziendali di politiche nazionali (in primis i rinnovi contrattuali) e regionali (revisione ticket, di cui alle DD.GG.RR. 2075/18 e 2076/18, e maggiore supporto finanziario a carico del FSR, in relazione anche al progressivo adeguamento al DPCM sui LEA), non affrontabili con le ordinarie disponibilità annuali. La programmazione regionale è stata impostata da un lato assicurando alle aziende sanitarie il finanziamento delle ricadute delle politiche nazionali e regionali, valorizzando al contempo risparmi (le eventuali ricadute positive sui bilanci delle singole aziende delle gare Intercent-ER) e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema per l'anno in corso. Ai fini della definizione del fabbisogno complessivo per l'anno 2019, sono stati attentamente valutati i possibili risparmi derivanti dall'adesione alle gare Intercent-ER sull'acquisto di farmaci e al perseguimento di obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico.

La programmazione aziendale è stata impostata seguendo i criteri previsti a livello regionale volti a stabilizzare, rispetto all'anno precedente, la spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusi i farmaci rientranti nel fondo innovativi non oncologici e nel fondo oncologici innovativi-gruppo A, nonché l'ossigeno) seppur con dinamiche differenziate, in quanto a fronte di incrementi per talune categorie di farmaci, fra cui i farmaci oncologici del gruppo B, sono state

ipotizzate sensibili azioni di risparmio quali l'adesione alla gara di acquisto farmaci di IntercentER e l'utilizzo di biosimilari.

L'andamento economico è stato oggetto di una costante e attenta attività di controllo e monitoraggio attraverso incontri promossi e strutturati della Direzione aziendale con i Servizi aziendali gestori di budget al fine di valutare eventuali criticità così da porre in essere azioni correttive tempestive e condivise. E' stata oggetto di costante analisi anche la sostenibilità patrimoniale dell'Azienda e la struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. Gli incontri periodici del board degli investimenti sono stati indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto.

4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2019 sono proseguite le azioni, già intraprese, 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. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a medio lungo termine. Si ricorda che nell'anno 2019 l'Azienda non si è avvalsa dell'anticipazione di tesoreria.

La Direzione aziendale è stata impegnata a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, anche in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019). L'indicatore relativo all'anno 2019, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -18,73 giorni.

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono stati i presupposti per la corretta relazione col mercato e per la tempestività dei pagamenti.

La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale, in sezioni dedicate dell'Amministrazione Trasparente nel sito istituzionale, dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del

D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016. L'Azienda ha dato applicazione delle disposizioni contenute:

- agli artt.li 33 e 41 del D. L. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016;
- all'art. 41 del D. L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

Si è inoltre provveduto all'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuate nell'anno 2019.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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 gg previsti dal D.Lgs n.231/2002)	-16,21 gg. (rispetto ai 60 gg previsti dal D.Lgs n.231/2002) La Direzione aziendale è impegnata a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).	-18.73 gg. (rispetto ai 60 gg previsti dal D.Lgs n.231/2002) La Direzione aziendale è stata impegnata a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019)	Obiettivo raggiunto
Le Aziende Sanitarie sono tenute all'invio trimestrale delle tabelle debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2019. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF	Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	100%	100% Si è provveduto all'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuate nel 1° semestre 2019.	100% Si è provveduto all'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuate nell'anno 2019	Obiettivo raggiunto

4.1.2 Le buone pratiche amministrativo contabili

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, nel corso del 2019 la Direzione si è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci con altre Aziende sanitarie 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.

Nell'anno 2019 è stata inoltre assicurata, sia in sede di predisposizione del bilancio economico preventivo e consuntivo che nelle rendicontazioni trimestrali e straordinarie, 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 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 della Piattaforma web nelle scadenze prestabilite.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
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	CE(90%); SP(90%); NI(80%);RF(80%); LA (90%)	100% Nel corso del 2019 la Direzione è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci con le altre Aziende sanitarie anche attraverso un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D. Lgs. n. 118/2011.	100% Nel corso del 2019 la Direzione è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci con le altre Aziende sanitarie anche attraverso un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D. Lgs. n. 118/2011	Obiettivo raggiunto

Obiettivo operativo: Nel 2017 si è concluso il Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Nel corso del 2019 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida regionali;
- nel perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno e al superamento delle

criticità emerse dal perfezionamento degli strumenti di controllo interno e dai Monitoraggi Regionali e dalle Revisioni Limitate.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Istituzione Sistema di Audit	Raggiungimento 100% adempimenti.	100%	<p>Il 27/09/2016 è stata istituita la Struttura Semplice Trasversale Interaziendale "Internal Auditing" tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma. <i>Efficienza e trasparenza, contrasto alla corruzione, accountability interna ed esterna</i>, sono le parole chiave che stanno guidando la ridefinizione del sistema dei controlli nelle nostre aziende sanitarie. Al centro di tale evoluzione è l'implementazione di un sistema di Audit interno, finalizzato ad incrementare in maniera significativa e tangibile l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali sottoposti ad analisi e revisione. Rispetto a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 9 del 2018, la Struttura è rimasta a disposizione del Nucleo Regionale di Audit.</p>	<p>100%</p> <p>Alla data del 31 dicembre 2019 era stato attuato il 100% del Piano di Audit.</p> <p>Vista la strategicità della funzione di controllo interno prevista dall'articolo 3 ter della legge regionale 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", introdotto dalla Legge regionale n. 9 del 2018, è stata istituita a decorrere dal 1/09/2019 la Struttura Complessa Interaziendale ad integrazione strutturale "Internal Auditing" posta in staff ai Direttori Amministrativi delle due Aziende (Deliberazione n. 966 del 30/08/2019).</p> <p>La Struttura di Internal Auditing ha perseguito tutte le attività previste dal Piano di Audit 2019 (Approvazione del Piano Triennale di Audit 2019/2021 Deliberazione n. 71 del 29/01/2019) secondo la metodologia già utilizzata nel 2018 diversificando quindi le proprie attività in consulenze, coordinamenti, collaborazioni, follow-up, attività progettuali e attività strutturali in linea con le migliori prassi in un ottica di cambiamento, efficienza ed efficacia.</p>	<p>Obiettivo raggiunto</p> <p>Si è creata una forte sinergia con il Servizio Integrità e Trasparenza al fine di una prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso modalità di verifica del sistema di controlli interni. L'attività di Internal Auditing ha avuto ad oggetto la verifica dell'espletamento delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT, per i processi delle aree a rischio specifiche, nonché per i processi comuni all'intera organizzazione e per le misure di carattere generale. Detta attività è stata svolta in collaborazione con i Direttori ed i Dirigenti dei singoli Servizi, ciascuno per il proprio ambito di competenza. Sono stati portati a termine le verifiche sul Processo di Vigilanza e Controllo sulle Farmacie (Prot. n. 7476 04/02/2020) e sul Processo Autorizzazione/Comunicazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali</p>

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

Nel corso del 2019, oltre all'avvio di un primo gruppo di Aziende Sanitarie (compresa la GSA), proseguono le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo al fine di garantire l'avvio dei gruppi di aziende per step successivi, secondo la programmazione regionale.

Particolare attenzione è rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC.

Nel 2019 ha preso avvio il modulo della Gestione Regionale Dati finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi economici e patrimoniali per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP). L'Azienda è impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

Inoltre, sono state poste in essere le azioni necessarie a:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per il governo delle Anagrafiche Centralizzate e per l'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC.
- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire gli avvii dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Obiettivi Indicatore	Operativi	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
In continuità con il 2018 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.	100% Nel corso del I semestre 2019 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l'Azienda ha assicurato la continuazione delle attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC iniziato nel 2018 e necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema	100% Nel corso del I semestre 2019 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l'Azienda ha assicurato la continuazione delle attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC iniziato nel 2018 e necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema	Obiettivo raggiunto

Assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP)	Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi CE e SP	100%		100%	100% E' stata garantita, con l'avvio del modulo della Gestione Regionale Dati, l'alimentazione della Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione e i flussi economici e patrimoniali per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP	Obiettivo raggiunto Il Controllo di Gestione ha partecipato agli eventi formativi svolti ad ottobre 2019 relativi all'utilizzo della piattaforma GAAC per il consolidamento dei flussi COA e LA. Il primo invio avverrà in concomitanza della scadenza del Bilancio consuntivo 2019.
--	--	------	--	------	---	---

4.2 Il governo di processi di acquisto di beni e servizi

Con delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER.

L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore commitment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.

Per realizzare tale obiettivo nel 2019 è stato ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti. A tal fine l'Azienda si è impegnata:

- a garantire la partecipazione incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- a garantire l'adesione tempestiva ed efficace alle iniziative di acquisto regionali.

Inoltre La legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto

l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre

2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo.

Per il 2019 l'Azienda si è impegnata:

- ad assicurare la collaborazione per lo sviluppo e l'adozione di forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto al fine di ridurre risorse impegnate ed errori;
- ad aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

Obiettivi Indicatore	Operativi	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Sviluppo dell'e-procurement	Raggiungere un livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale di ciascuna Azienda Sanitaria	Pari ad almeno il 45% del totale degli acquisti di beni e servizi	46.6 %	Dato puntuale non disponibile, sarà estratto a fine anno da elaborazione Aven	Dato puntuale non disponibile, sarà estratto da elaborazione Aven	Si prevede un valore in linea con quello del 2018 e quindi si ritiene l'obiettivo raggiunto
	Aumentare il totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER	Pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie	sì	Dato puntuale non disponibile, sarà estratto a fine anno da elaborazione Aven	Dato puntuale non disponibile, sarà estratto da elaborazione Aven	Si prevede un valore in linea con quello del 2018 e quindi si ritiene l'obiettivo raggiunto
Dematerializzazione del processo di ciclo passivo	Aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure	Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interazioni, Servizi interazioni, ecc.)	N. 100 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale	N. 67 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale	n. 144 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale	Obiettivo raggiunto
	Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31 dicembre 2019	100%	59%	69.85%	73.38 %	Considerando le caratteristiche dell'obiettivo e il trend di miglioramento progressivo, si ritiene la performance conseguita positiva.

4.3 Il governo delle risorse umane

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

- Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati e rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti:

L'Azienda è chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione ha fornito per l'anno 2019, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia, proprio format e indicazioni di dettaglio in data 05.08.2019, per cui tale adempimento si realizza nel secondo semestre, comunque in adesione alle tempistiche regionali. Le assunzioni cui si è proceduto nel frattempo 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. Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

- Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta: L'Azienda, già a far tempo dal 2018 ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo ai concorsi per infermiere/fisioterapista/e ostetriche banditi da altre Aziende e già conclusi nonché nel 2019 a quelli di assistente amm.vo e coll.re amm.vo area giuridica e coll. amm.vo - area economico-finanziaria di cui è capofila l'Azienda USL di Parma.

- Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR:

Per dare operatività al Piano di avvicinamento è stato istituito un Tavolo di lavoro interaziendale e multiprofessionale con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906).

Il gruppo interaziendale ha elaborato (al 30 aprile 2019 - trasmessa alle Direzioni Aziendali con nota del 6/5/2019 prot. 18959) una proposta di definizione/revisione di criteri, modalità operative e strumenti per la valutazione annuale di risultato e per la valutazione individuale delle competenze secondo le linee previste nella delibera 5/2017 OIV-SSR, nelle priorità stabilite dall'OIV-SSR e nel Piano interaziendale stesso. I lavori del Tavolo interaziendale hanno tenuto conto, nello sviluppo dei contenuti relativi alla valutazione individuale annuale, degli obiettivi del Piano di seguito richiamati:

1. La definizione di una logica di sistema tra i diversi ambiti in cui si articola la valutazione del professionista/operatore all'interno dell'organizzazione.
2. Lo sviluppo e la strutturazione anche formale dei rapporti della valutazione individuale con quella organizzativa.
3. La promozione e il rafforzamento di una cultura organizzativa diffusa sulla valutazione e la comprensione dei ruoli che agiscono tale funzione.

Con riferimento alla performance organizzativa, le Aziende hanno separatamente siglato con le OO.SS. del Comparto un Accordo in ordine al sistema di incentivazione del personale del Comparto Sanità per l'esercizio 2019 e definito un modello condiviso per la definizione metodologica del processo di attribuzione della produttività collettiva.

La produttività collettiva è disposta per quote di incentivazione, che rappresentano stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi aziendali, connessi al Piano delle

Performance e agli strumenti di programmazione aziendale e che la stessa produttività viene erogata sulla base di verifiche mensili, a seguito delle relazioni predisposte dai Responsabili Aziendali degli Obiettivi di Performance organizzativa, nonché sulla base dei dati forniti dal Dipartimento di Valutazione e Controllo.

Sono state dunque definite modalità di individuazione, assegnazione e monitoraggio del conseguimento degli obiettivi annuali di performance organizzativa.

In data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) è stata trasmessa all'OIV- SSR la rendicontazione del Piano inter-aziendale di avvicinamento al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende.

- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli

riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione" e "Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni":

A far tempo da gennaio 2018 è stata attivata il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale).

Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione "sul campo" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi SIA e RIT USL, 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. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la formazione, ma il rilascio del modulo è previsto nell'autunno. Non risulta ancora disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche con costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni OO.SS.

- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa:

Le Direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate presso la Regione al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. E' stato anche assicurata la presenza di referente aziendale sul tavolo di coordinamento GRU.

Costi del personale

- 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 dei PTFP e degli Accordi sottoscritti:

Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Gestione del sistema sanitario regionale e del personale	Rispetto del Piano di Assunzioni e, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	Sì	Sì	N.V. Le modalità di esecuzione dell'adempimento sono pervenute dalla Regione in data 05.08.2019 e, quindi, il piano assunzioni è stato predisposto nel secondo semestre in adesione alle tempistiche regionali indicate. Le assunzioni cui si è proceduto nel frattempo hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali	Si La Regione ha fornito per l'anno 2019, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia, proprio format e indicazioni di dettaglio in data 05.08.2019, in adesione al quale con deliberazione n. 1266 del 06.11.2019 è stato approvato il documento definitivo, a seguito di autorizzazione, relativo al piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2019-2021, nel rispetto delle tempistiche regionali. Le assunzioni cui si era proceduto nel frattempo, che comunque sono state ricomprese nel suddetto piano, 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.	Obiettivo raggiunto
	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti	Sì	-	Sì L'Azienda, già a far tempo dal 2018 ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a	Sì L'Azienda, già a far tempo dal 2018 ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato	Obiettivo raggiunto

previsti				tempo indeterminato attivate in Area Vasta	attivate in Area Vasta	
Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	Si	-		Si Istituito un Tavolo di lavoro interaziendale e multiprofessionale con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906).In data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) trasmissione all'OIV-SSR della rendicontazione del Piano inter- aziendale di avvicinamento al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende.	L'Azienda, già a far tempo dal 2018 ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo ai concorsi per infermiere/fisioterapista /e ostetriche banditi da altre Aziende e già conclusi nonché nel 2019 a quelli di assistente amm.vo e coll.re amm.vo area giuridica e coll. amm.vo - area economico-finanziaria di cui è capofila l'Azienda USL di Parma, che sono conclusi nel gennaio 2020, programmatore Cat. C e collaboratore tecnico informatico Cat. D, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, ortottista ancora in corso di espletamento e che si concluderanno nel 2020, compatibilmente con l'emergenza COVID.	Obiettivo raggiunto
Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR	Si	Si		Si Istituito un Tavolo di lavoro interaziendale e multiprofessionale con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906).In data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) trasmissione all'OIV-SSR della rendicontazione del Piano inter- aziendale di avvicinamento al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende.	SI Con nota prot. 1435 del 15.01.2020 è stata trasmessa all'OIV-SSR la rendicontazione al 31 dicembre 2019 del Piano inter-aziendale di avvicinamento - Azienda USL e Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma.	Obiettivo raggiunto
Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati	Si	-		Si- Nel corso del 2019 si è proceduto Al consolidamento e	Si- A far tempo da gennaio 2018 è stata attivata il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale	Obiettivo raggiunto

	<p>presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione" e "Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni".</p>			<p>all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli GRU. Le attività previste come indicatori sono state effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria.</p>	<p>dipendente e non. Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale). Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione "sul campo" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi SIA e RIT USL, 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. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la formazione, ma il rilascio del modulo è previsto nel primo semestre 2020. Non risulta ancora</p>
--	--	--	--	---	---

					disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche con costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze.	
Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni OO.SS.	Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.	Sì	Sì	Sì	<p>Sì</p> <p>Le Direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate presso la Regione al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. E' stato anche assicurata la presenza di referente aziendale sul tavolo di coordinamento GRU.</p> <p>A fine 2019 è stato sottoscritto il Contratto collettivo integrativo aziendale con le rappresentanze sindacali dell'area Comparto, che ha ottenuto la positiva certificazione da parte del Collegio Sindacale ad inizio</p>	Obiettivo raggiunto
Costi del personale	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 dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	Sì	Sì	Sì	<p>Sì</p> <p>Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con la Direzione delle Professioni Sanitarie ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.</p>	Obiettivo raggiunto

4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2019 in materia di gestione diretta dei sinistri, come declinati al punto 4.4 dell'allegato B) alla DGR n. 977 del 18 giugno 2019, si propongono di consolidare l'avviato percorso di attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, oltre che di monitorare lo stato dei sinistri pendenti e antecedenti l'ammissione dell'Azienda alla relativa fase sperimentale.

Quanto al primo degli obiettivi di programmazione regionale, inerente l'adeguamento delle procedure interne di gestione diretta dei sinistri alla luce delle modifiche introdotte dalla L. 11.1.2018, n. 3, anche in ordine alle modalità applicative dell'art. 13 L. 24/2017 in tema di "Obbligo di comunicazione all' esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità", si precisa che questa Azienda adeguava 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 a conformare ulteriormente le predette istruzioni operative con deliberazione n. 918 del 5 dicembre 2017.

Con l'entrata in vigore della più recente normativa di settore, la Legge n. 3/2018, la Direzione Aziendale ha ritenuto, con atto deliberativo n. 257 del 12 marzo 2019, di apportare le necessarie e conseguenti modifiche alle istruzioni operative aziendali relativamente alle tempistiche inerenti i

processi di individuazione e consultazione del personale coinvolto nell'evento fonte di potenziale responsabilità, nonché di invio allo stesso degli atti notificati.

Al ricevimento delle nuove indicazioni regionali in materia, pertanto, l'Azienda predisporrà gli eventuali adeguamenti e integrazioni.

Relativamente alla valutazione sull'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: \geq media regionale", si conferma il superamento della media regionale quanto alla percentuale di sinistri aperti nell'anno di riferimento con valutazione Medico legale e inferiore in riferimento alle determinazioni raggiunte in sede di CVS, ciò in ragione della incidenza di fattori esterni di cui l'Azienda non ha il governo, tra i quali, a titolo esemplificativo, la variabilità

dell'andamento delle richieste risarcitorie -preponderante nel secondo semestre 2019-, la complessità delle varie casistiche trattate, nonché la mancata partecipazione a visita medico legale da parte dei presunti danneggiati, con evidenti conseguenze sulle relative tempistiche per giungere ad una determinazione in CVS.

In merito al sistema di reportistica regionale, si conferma, per il primo semestre 2019, la corretta e tempestiva alimentazione del database da parte dell'Azienda.

Infine, relativamente ai sinistri aperti prima dell'ammissione dell'Azienda alla fase sperimentale del Programma regionale, a far tempo dal 1/12/2015, la cui gestione si affianca a quella dei sinistri in gestione diretta, dopo aver predisposto, in attuazione delle Linee di programmazione regionale 2018, il piano aziendale di chiusura dei sinistri sorti antecedentemente l'adesione al Programma regionale (nota prot. n. 25575 del 29 giugno 2018), si è provveduto altresì, entro i termini concessi, ad inviare alla Regione il richiesto Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018, di cui alla nota prot. 31556 del 30 luglio 2019.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Sviluppare azioni coerenti alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione regionale dei sinistri	Rispetto dei tempi di processo % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12	>=media regionale	SI	SI Nel primo semestre 2019, si conferma il superamento della media regionale quanto alla percentuale di sinistri aperti nell'anno di riferimento con valutazione Medico legale e lievemente inferiore in riferimento alle determinazioni raggiunte in sede di CVS.	SI Per l'anno 2019 si conferma il superamento della media regionale quanto alla percentuale di sinistri aperti nell'anno di riferimento con valutazione Medico legale e inferiore in riferimento alle determinazioni raggiunte in sede di CVS.	Obiettivo Raggiunto
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	Grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo	100%	100% Corretta e tempestiva alimentazione del database da parte dell'Azienda	100% Corretta e tempestiva alimentazione del database da parte dell'Azienda	Obiettivo Raggiunto
Entro il 31 luglio 2019, invio alla regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali	Evidenza Documentale	Sì		Sì Nota ns. prot. 31556 del 30 luglio 2019	Sì Il risultato è stato raggiunto nel luglio 2019, come da endicontazione semestrale.	Obiettivo Raggiunto

smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018.						
Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla regione, entro 45 giorni dalla data di emanazione dei nuovi indirizzi.	Evidenza documentale	Sì		Sì Già in linea nel 2018	Sì Già in linea nel 2018	Obiettivo Raggiunto

4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

L'Indirizzo e il coordinamento delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza delle Aziende Sanitarie in Emilia Romagna, anche e soprattutto in attuazione della legge regionale n. 9/2017 (art. 5), sono rimesse ad un tavolo regionale da tempo strutturato, cui partecipano la Direzione Salute, l'OIV regionale, i RPCT delle Aziende e le funzioni aziendali coinvolte, in particolare quelle dedicate alle Risorse Umane.

I temi in particolare considerati dalla DGR 977/2019 di programmazione annuale per l'area della trasparenza e della prevenzione della corruzione riguardano: la piena attuazione dei Codici di Comportamento approvati nel 2018, con la riproposizione dell'acquisizione della modulistica operativa nella piattaforma GRU in materia di conflitti di interesse, l'adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata.

Detti temi sono riconducibili in via generale e specifica ai Codici di Comportamento approvati in tutte le Aziende Sanitarie regionali, secondo uno schema unico approvato a livello regionale. In maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013; è poi stata effettuata ampia attività di diffusione dei contenuti del Codice, anche a cura delle singole unità organizzative.

I due obiettivi, con indicatori specifici, previsti dalla DGR n. 977/2019 che seguono riguardano in modo specifico: l'acquisizione delle dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse mediante la modulistica presente nella piattaforma GRU, e l'adozione del regolamento sulla formazione sponsorizzata.

Dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse

L'attività di acquisizione dichiarazioni ha preso il via per la prima volta presso tutte le Aziende

Sanitarie regionali, in modo condiviso, nei mesi di ottobre e novembre 2018. La reportistica sulle acquisizioni del 2018 ha rappresentato una adesione media di poco oltre il 70%.

La gestione operativa dell'attività di acquisizione è affidata e curata dal Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione col RPCT.

Riproposta per il 2019, con l'obiettivo di ampliare i numeri di adesione (90%), la raccolta delle dichiarazioni è avvenuta a partire da ottobre 2019, con validità sino al 31 dicembre.

Come riportato nel Piano 2020/2022 per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (pag. 64), gli esiti/percentuali di adesione dell'acquisizione delle dichiarazioni a fine 2019, come elaborati dal settore competente del dipartimento Risorse Umane, sono i seguenti:

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) 64,53%

Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) 51,65%

Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) 64,44%

(Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) 56,20%)

Per l'adesione dei dirigenti occorre tenere in considerazione che con nota regionale del 23 dicembre 2019 si sono invitate tutte le Aziende Sanitarie regionali a sospendere l'acquisizione a sistema delle dichiarazioni di patrimonio/reddito da parte dei dirigenti, in ragione dei contenziosi e delle incertezze normative. AUSL e AOU di Parma hanno immediatamente aderito, inserendo in piattaforma un comunicato di sospensione.

Il dato di adesione da considerare al 23 dicembre è quello riferito ai moduli 1 e 2, pari a 64,50%; sul quale peraltro appare plausibile considerare l'incidenza negativa della sospensione delle acquisizioni da parte del personale dirigenziale che, seppure riguardante le sole dichiarazioni di patrimonio e reddito, può avere avuto ripercussioni sull'adesione all'intera modulistica.

Conclusione: si inserisce in tabella il dato complessivo di adesione del 64,50%, ma si ritiene che in assenza di sospensione della raccolta, su indicazione regionale, il valore avrebbe potuto essere certamente maggiore.

Regolamento Formazione Sponsorizzata

Il Codice di Comportamento interaziendale (art. 16, comma 2) dispone:

“La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende”.

Nella nostra organizzazione il tema è in carico alla struttura Formazione e Sviluppo Risorse Umane del Dipartimento Risorse Umane.

A livello regionale ha operato un gruppo di approfondimento, in collegamento con le strutture competenti Risorse Umane delle Aziende; l'area Formazione e Sviluppo interaziendale ha elaborato una bozza, confrontata e verificata con l'esito dei lavori del gruppo regionale.

L'obiettivo dell'approvazione del Regolamento entro la fine del 2019, con efficacia interaziendale AUSL/AOU, non è risultato perseguibile. Infatti, in ragione delle elezioni regionali, non è stato adottato dalla Giunta il provvedimento conclusivo previsto dal percorso, ossia l'approvazione dello schema definitivo regionale cui le Aziende avrebbero dovuto attenersi (informazione proveniente dalla regione in data 11 dicembre 2019).

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza	% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente e raccolti entro la fine del 2019	>= 90%	74,2%	N.V.	64,50 %	Il dato di adesione è condizionato in negativo dalla sospensione promossa a livello regionale della raccolta per il personale dirigenziale (vedi parte descrittiva)
	Avvenuta approvazione della regolazione della materia "formazione sponsorizzata" entro la fine del 2019	>= 70%	/	Approfondimento ed elaborazione in corso	N.V.	Il regolamento non è stato approvato in sede aziendale causa mancata adozione dello schema definitivo regionale (vedi parte descrittiva)

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

L'Azienda è impegnata a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'Autorità Garante, e ad assicurare la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR, istituito con determinazione n. 15305 del 25/09/2018 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Le Aziende Sanitarie provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'Autorità in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'Autorità Garante, e a livello regionale attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti dell'SSR istituito con determinazione n.15305 del 25/09/2018 della Direzione Generale Persona Salute e Welfare	Attività formativa e informativa rivolta ai soggetti designati ex art. 2 quaterdecies del D.lgs. 196/2013 e in generale ai soggetti definiti nella delibera aziendale di definizione delle responsabilità in materia di protezione dei dati personali adottata della singola Azienda	Almeno 2 incontri	-	9 eventi	Sì Nel corso dell'anno 2019 si sono tenuti molteplici eventi tra corsi di formazione e incontri formativi/informativi in materia di protezione dei dati personali (varie tematiche) rivolti a Delegati e Autorizzati sia nelle UU.OO. sia in sede congressuale..	Obiettivo Raggiunto
	Aggiornamento del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679) e recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un software unico di gestione	100%			100% L'Azienda ha recepito le indicazioni regionali finora pervenute, in attesa di ulteriori determinazioni in merito all'utilizzo dello specifico applicativo individuato dalla regione. L'Azienda ha proseguito l'implementazione del Registro sulla base del modello inviato dalla Regione.	Obiettivo Raggiunto
	Predisposizione di un documento aziendale (regolamento, procedura) di definizione aziendale in tema di trattamento dei dati personali	100%			100% È stato revisionato, rielaborato e adottato un documento in tema di trattamento dei dati (Manuale aziendale in materia di trattamento dei dati personali – del. 1478/2019).	Obiettivo Raggiunto

4.7 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Information Communication Tecnology (ICT)

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Fascicolo Sanitario Elettronico	% documenti prodotti nella regione per i propri assistiti rispetto alle tipologie individuate a livello regionale da mettere a disposizione dell'infrastruttura di FSE. (Numero di referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali (comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate), aggregate per singolo assistito- struttura – dato)	90%	-	N.V. I referti sono stati prodotti in tutti gli ambiti digitalizzati e coerentemente con l'anno precedente. La refertazione digitale è ampiamente diffusa nelle specialità che presumibilmente saranno oggetto di individuazione regionale (laboratorio, radiologia) e ambulatori aziendali. Il raggiungimento dell'obiettivo è dipendente da quali documenti clinici saranno individuati; la previsione del dato è positiva.	N.V.	La previsione del dato è positiva.
	% documenti prodotti nella regione solo per i propri assistiti che hanno espresso il consenso. (Numero di referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 (cumulato da gennaio a	100%	-	N.V. referti sono stati prodotti in tutti gli ambiti digitalizzati e coerentemente con l'anno precedente. La stima è positiva.	I referti sono stati prodotti in tutti gli ambiti digitalizzati e coerentemente con l'anno precedente. La	La previsione della performance è attesa positiva

	dicembre) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione / insieme dei referti prodotti dall'azienda per l'anno 2019 calcolato solo per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione)				stima è positiva.	
Prescrizioni dematerializzate	invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate	100%	N.V. (pertinenza ASL)	80% (STIMA) L'attività è iniziata nel corso dell'anno attraverso l'uso del concentratore CUPASL come gestore dell'informazione e dell'invio.	Il dato è problematico ma in miglioramento. Da portare avanti a livello tecnico/organizzativo	Il dato è problematico ma in miglioramento. Da portare avanti a livello tecnico/organizzativo
	implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito	100%	N.V. (pertinenza -ASL)	N.V.		
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi	% servizi interrogati/servizi resi disponibili	95%		95% Installato un sistema di allineamento con i servizi regionali di codifica che presenta i dati ai tecnici ICT	95%	Obiettivo raggiunto
Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto	Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso	80%		N.V. I sistemi telematici sono in corso di revisione per la gestione dei certificati INPS. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria	N.V.	I sistemi telematici sono in corso di revisione per la gestione dei certificati INPS. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria
	Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero	80%		I sistemi telematici sono attivi per la gestione dei certificati INPS. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria.		I sistemi telematici sono attivi per la gestione dei certificati INPS. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria. Comunque nel 2019 si ritiene positiva la performance rispetto al 2018 ove gli invii erano praticamente nulli, mentre nel 2019 sono stati 340 ed il trend positivo continua anche nel 2020

4.8 Sistema Informativo

Le Aziende nel 2019 saranno chiamate a migliorare in termini qualitativi e quantitativi dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).

Inoltre, come già avviato nell'anno 2018, si procederà a miglioramento della rendicontazione di area tematiche specifiche (trasversale a tutti i flussi), quali: STP e detenuti

Gli indicatori utilizzati nell'2018 (tempestività e variabilità) hanno evidenziato un miglioramento comune a tutte le aziende che per essere mantenuto verranno trasformati in osservazione e non saranno più parte degli obiettivi di valutazione

Obiettivi Indicatore	Operativi	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
DB oncologico	linkage flusso SDO e ASA: Target	>80%		Si è provveduto a sensibilizzare i referenti dei flussi affinché si raggiunga un sensibile miglioramento quali/quantitativo	98.66 %	Obiettivo raggiunto
	riduzione dell'utilizzo nelle variabili	Target tutti tumori [istotipo: <5%, stadio: <15%], Target tumore alla mammella [estrogeni: <20%, progesterone: <20%, Ki67: <25%; HER2-ihc: <30%; HER2-ish: <40%]		Si è provveduto a sensibilizzare i referenti dei flussi affinché si raggiunga un sensibile miglioramento quali/quantitativo . L'Azienda si impegna a partecipare organizzati a livello Regionale e finalizzati a migliorare la il flusso informativo in termini di	Istotipo: 10,3% Stadio: 16,7% Estrogeni: 11,7% Progesterone: 12,3% Ki67:14,7% HER2-ihc:13,0% HER2-ish:19,0%	Si è provveduto a sensibilizzare i referenti dei flussi affinché per un sensibile miglioramento quali/quantitativo . L'Azienda si è impegnata a partecipare a eventi organizzati a livello Regionale e finalizzati a migliorare la il flusso informativo in termini di qualità e completezza.

DB Clinici	Linkage flusso SDO con congruenza d'intervento	>90%		Si è provveduto a sensibilizzare i referenti dei flussi affinché si raggiunga un sensibile miglioramento quali/quantitativo. L'Azienda si impegna a partecipare organizzati a livello Regionale e finalizzati a migliorare la il flusso informativo in termini di qualità e completezza	Flusso RERAL: 93,93% Flusso REAL: 75,22% Flusso RERIC: 97,5%	Si è provveduto a sensibilizzare i referenti dei flussi nonchè a dare il supporto specialistico affinché si conseguisse un sensibile miglioramento quali/quantitative, attraverso incontri appositamente organizzati e attraverso un costante scambio di corrispondenza. L'Azienda ha partecipato inoltre agli eventi organizzati a livello Regionale e finalizzati a migliorare la il flusso informativo in termini di qualità e completezza. L'ultimo invio effettuato e relativo al 2019 ha evidenziato un netto miglioramento a tale riguardo. La performance è valutata quindi positiva.
PS	scarti delle schede con P210,P356 <5%	>5%		In elaborazione	6.44%	Obiettivo Raggiunto
	% segnalazione delle schede con P211	<5%		In elaborazione	<1%	Obiettivo Raggiunto
SDO	campo check list di sala operatoria:	0% compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66		56%	0%	Obiettivo raggiunto

	Codice procedura 00.66	Target 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)		97%	100%	Obiettivo raggiunto
	Ricoveri programmati	<= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)		Al primo semestre i ricoveri programmati con data di prenotazione pari alla data di ammissione sono il 4,84% di tutti i ricoveri programmati	5,52%	Obiettivo sostanzialmente raggiunto, con risultato appena sopra al target
Flusso HIV	Trasmissione del flusso nei tempi programmati	100%		N.V. Il flusso non è attivo. E' in corso la gara per l'aggiudicazione del software che permetterà l'elaborazione e la gestione del flusso. La prima scadenza per l'invio è il 30/09/2019	100% rispetto delle scadenze	Obiettivo raggiunto In fase di implementazione software per l'invio sistematico del flusso - previsto miglioramento o quali - quantitativo dei dati.
DSA	Trasmissione del flusso nei tempi programmati	100%		100% Il flusso ASA è stato modificato secondo quanto previsto dalla normativa vigente e precisato nella nota regionale n. 2019/0268226 del 19/03/2019 - Day Service Ambulatoriale (DSA) per pazienti sottoposti a trattamento radioterapico	100%	Obiettivo raggiunto

4.9 Gestione del Patrimonio Immobiliare

4.9.1 Gli Investimenti

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

Piano Investimenti

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato 2019	NOTE E COMMENTI
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L.266/2005) e regionale (DGR708/215)	Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum e Programma prevenzione	100%	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto
Le Aziende sanitarie devono presentare nel corso del 2017 le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo	Trasmissione richieste 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	Si	Si	Obiettivo raggiunto

Prevenzione incendi e sismica

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato 2019	NOTE E COMMENTI
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L 266/2005) e regionale (DGR708/215)	Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell' Accordo di Programma Addendum e Programma prevenzione	100%	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto
Le Aziende sanitarie devono presentare nel corso del 2017 le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo	Trasmissione richieste 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	Si	Si	Obiettivo raggiunto

Obiettivo	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato 2019	NOTE E COMMENTI
Prevenzione sismica: sistema manutenzione azioni (DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico	Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto

Manutenzione

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato ANNO 2019	NOTE E COMMENTI
Monitoraggio manutenzione ordinaria".	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	100%	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Obiettivo	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
Adozione di misure all'uso razionale dell'energia	Correttezza dei dati e rispetto dei tempi previsti dai mmiotraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)	100%	100%	100%	Obiettivo raggiunto

4.9.2 Tecnologie Biomediche

Obiettivo	Indicatore	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
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 le scadenze prestabilite	SI	Sì, sono state rispettate	Sì, sono state rispettate	Obiettivo raggiunto
	Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	100%	100%	Nel primo semestre 2019 non ci sono state tecnologie dotate dei requisiti per istruttoria GRTB	Nel secondo semestre 2019 è stata presentata a istruttoria GRTB la richiesta di acquisizione di un robot chirurgico	Obiettivo raggiunto
	Monitoraggio della Potenziale obsolescenza dell'installato	100%	SI		100%	Obiettivo raggiunto

4.9.3 Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)

Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

Con atto n.157 del 21 settembre 2017, è stata sancita l'Intesa sul documento strategico per l'Health Technology Assessment dei dispositivi medici , definito Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM). Tale Intesa, favorendo lo sviluppo di un modello istituzionale di HTA che garantisca l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del SSN per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza e della salute dei cittadini.

Il documento strategico, prevede ed illustra le fasi del PNHTADM nelle quali sono parti attive le regioni e le loro aziende sanitarie. Le Aziende Sanitarie dovranno pertanto

garantire attiva partecipazione ai processi di segnalazione delle tecnologie sanitarie, con il pieno e diretto coinvolgimento dei professionisti, dei pazienti e dei cittadini e loro associazioni, al fine di garantire che il PNHTADM sia strumento di raccolta e presa in considerazione delle istanze di tutti i soggetti appartenenti al SSR, nel rispetto delle regole di accessibilità e trasparenza. Le segnalazioni dovranno essere effettuate tramite il sistema di notifica predisposto da Agenas e disponibile all'indirizzo <http://htadm.agenas.it/>, previa approvazione della Commissione dei Dispositivi Medici di Area Vasta di riferimento e comunicazione alla Commissione Regionale per i Dispositivi Medici.

Indicatore	target	Risultato raggiunto anno 2018	Risultato 1° semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione	SI	-	SI	SI	Obiettivo raggiunto
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione	SI	-	SI La piattaforma web regionale dedicata alle richieste di inserimento in repertorio aziendale di Dispositivi Medici/Tecnologie di nuova introduzione prevede un questionario fornito dalla Regione Emilia-Romagna (Scheda di identificazione di tecnologie da sottoporre a HTA) volto a definire per l'appunto se il Dispositivo Medico/Tecnologia è candidabile per una valutazione HTA, la cui compilazione è deputata al Nucleo Provinciale di Valutazione (NPV) dei Dispositivi Medici o Alla Commissione Dispositivi Medici (CDM) AVEN, a seconda delle analisi delle richieste di competenza.	SI La piattaforma web regionale dedicata alle richieste di inserimento in repertorio aziendale di Dispositivi Medici/Tecnologie di nuova introduzione prevede un questionario fornito dalla Regione Emilia-Romagna (Scheda di identificazione di tecnologie da sottoporre a HTA) volto a definire per l'appunto se il Dispositivo Medico/Tecnologia è candidabile per una valutazione HTA, la cui compilazione è deputata al Nucleo Provinciale di Valutazione (NPV) dei Dispositivi Medici o Alla Commissione Dispositivi Medici (CDM) AVEN, a seconda delle analisi delle richieste di competenza	Durante il 2° semestre 2019 non si sono presentate richieste con caratteristiche di innovatività tali da dover essere sottoposte a valutazione HTA. L'obiettivo si valuta raggiunto

<p>Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.</p>	<p>SI</p>	<p>-</p>	<p>Non ci sono riscontri circa attività da ricondurre al Programma Nazionale HTA dispositivi medici che abbiano coinvolto il Servizio di Ingegneria Clinica Tuttavia si può riportare il diretto coinvolgimento dell' Ingegneria Clinica ai lavori del Nucleo Provinciale di Valutazione che riferisce direttamente alla CDM AVEN per tutte le valutazioni anche di tipo HTA che riguardano le due aziende provinciali, oltre che alla partecipazione alla CDM AVEN stessa. Oltre a questo, naturalmente, si è riferimento per la DM vigilanza relativamente ad alert e richiami di prodotto che giungano come segnalazione dai produttori dei DM in uso presso l'Azienda Ospedaliera</p>	<p>Non ci sono riscontri circa attività da ricondurre al Programma Nazionale HTA dispositivi medici che abbiano coinvolto il Servizio di Ingegneria Clinica Tuttavia si può riportare il diretto coinvolgimento dell' Ingegneria Clinica ai lavori del Nucleo Provinciale di Valutazione che riferisce direttamente alla CDM AVEN per tutte le valutazioni anche di tipo HTA che riguardano le due aziende provinciali, oltre che alla partecipazione alla CDM AVEN stessa. Oltre a questo, naturalmente, si è riferimento per la DM vigilanza relativamente ad alert e richiami di prodotto che giungano come segnalazione dai produttori dei DM in uso presso l'Azienda Ospedaliera</p>	<p>L'obiettivo si valuta raggiunto</p>
--	-----------	----------	---	---	--

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

Riordino dei comitati etici e rilancio del sistema ricerca e innovazione

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. Nel 2019 verranno anche avviate le azioni previste da un documento di rilancio del sistema di ricerca e innovazione del Servizio Sanitario Regionale incorso di approvazione. Si richiede la collaborazione di tutte le segreterie dei Comitati Etici (sia centrali che locali) nella attivazione e corretta alimentazione della piattaforma e la partecipazione delle Aziende Sanitarie alle azioni che scaturiranno dall'approvazione del documento regionale.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I Semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
Le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma.	Alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.	100%	100% Partecipazione Tre componenti della UO Ricerca e Innovazione e della Segreteria Locale del CE hanno completato la formazione in merito all'utilizzo della piattaforma, partecipando all'ultima sessione svolta in RER il 25/07/2019. Complessivamente, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 8 professionisti risultano attualmente formati. Il 09/07/2019 l'UO Ricerca e Innovazione ha partecipato all'incontro congiunto in ASR relativo all'avvio del SIRER momento di confronto per condividere eventuali criticità organizzative legate all'implementazione della piattaforma e possibili soluzioni.	100% Il 09/07/2019 l'UO Ricerca e Innovazione ha partecipato all'incontro congiunto in ASR relativo all'avvio del SIRER, momento di confronto per condividere eventuali criticità organizzative legate all'implementazione della piattaforma e possibili soluzioni. In merito alla formazione sull'utilizzo della piattaforma, tre componenti della UO Ricerca e Innovazione e della Segreteria Locale del CE hanno partecipato alla sessione di formazione svolta in RER il 25/07/2019. Successivamente, in preparazione all'avvio dell'uso sistematico della piattaforma, la RER ha svolto altri due incontri, il 9 e il 18 dicembre 2019, in parte rivolti anche ai clinici. A tali incontri ha partecipato un	Obiettivo Conseguito

				<p>nuovo componente della Segreteria del Comitato Etico, acquisito in novembre, figura esperta che si occuperà di monitorare lo stato di attuazione degli studi clinici inseriti in SIRER. Alla sessione pomeridiana del 18 dicembre, dedicata esclusivamente agli amministratori del modulo ACM, ha partecipato anche un professionista della UO Ricerca e Innovazione preposto a fornire supporto ai ricercatori nell'inserimento degli studi in SIRER. Inoltre, la UO Ricerca e Innovazione ha diffuso ai ricercatori aziendali l'opportunità di formazione per favorire la partecipazione del maggior numero di interessati. Complessivamente, hanno comunicato di aderire all'evento formativo sul SIRER 16 professionisti (clinici, study coordinator) di diverse UUOO.</p>	
<p>Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione e del documento regionale. (NEW)</p>	SI	-	<p>SI Il Direttore della UO Ricerca e Innovazione ha partecipato a due incontri in Regione, il 18/01/2019 e il 22/02/2019 (delegata dai Direttori Generali dell'AOU e AUSL di Parma), per condividere il documento "SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE –REGIONE EMILIAROMAGNA (SIRIS-ER)" volto a rilanciare la ricerca nel Servizio Sanitario Regionale. Il documento deliberato in</p>	<p>SI Il Direttore della UO Ricerca e Innovazione ha partecipato a due incontri in Regione, il 18/01/2019 e il 22/02/2019 (delegata dai Direttori Generali dell'AOU e AUSL di Parma), per condividere il documento "SISTEMA RICERCA E INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE – REGIONE EMILIA ROMAGNA</p>	Obiettivo conseguito

			<p>data 05/06/2019 (DGR 910) è stato trasmesso al Board aziendale per la Ricerca e</p> <p>l'Innovazione in data 19/06/2019, e la discussione in merito inserita nell'ordine del giorno della prossima seduta del Board prevista il 23 settembre.</p>	<p>(SIRIS-ER)" volto a rilanciare la ricerca nel Servizio Sanitario Regionale.</p> <p>Il documento deliberato in data 05/06/2019 (DGR 910) è stato trasmesso al Board aziendale per la Ricerca e l'Innovazione in data 19/06/2019, e la discussione in merito è stata effettuata nella seduta del 23 settembre.</p>	
--	--	--	--	---	--

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

EQUITA' IN TUTTE LE POLITICHE :METODOLOGIE E STRUMENTI (SCHEDA 11)

Obiettivo	Target	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2018	Semestre 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
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.	In data 25/06/2019 si è svolto il 1° incontro del BOARD interaziendale Equità nominato nel 2018, dove sono stati definiti i progetti per il triennio 2019-2021 e le azioni annuali.	Nel secondo semestre è stato programmato un incontro del BOARD Interaziendale (AOU/AUSL) per Gennaio 2020	Obiettivo Raggiunto
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.			È stato deliberato il Piano Interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze. 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	Già deliberato nel 2018. SI Partecipazione: -Dei due referenti equità (AOU/AUSL) al percorso formativo ASSR "La ricerca sociale come pratica quotidiana: allenamenti per trasformare i contesti" (da gennaio 2019 a novembre 2019) -Al tavolo di lavoro per la "ricognizione/monitoraggio delle prassi di umanizzazione nelle strutture sanitarie" tenuto a Bologna il 23/05/2019 -Ai tavoli di coordinamento RER dei referenti Equità.	Già deliberato nel 2018 Si è conclusa la partecipazione dei due referenti equità (AOU/AUSL) al percorso formativo ASSR La ricerca sociale come pratica quotidiana: allenamenti per trasformare i contesti (da gennaio 2019 a novembre 2019). Partecipazione ai coordinamenti RER dei referenti Equità, dove è stata condivisa l'evoluzione delle azioni locali per il 2020.	Obiettivo Raggiunto
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 focalizza 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 pregressi 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	SI Nella riunione del Board Interaziendale si è deciso di focalizzare l'attenzione sul tema delle dimissioni difficili e di utilizzare lo strumento dell' Health Equity Audit (HEA) per cui i due referenti equità parteciperanno al 1° laboratorio regionale "Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit", che si terrà a Cona (FE) il 26 settembre 2019	Nel secondo semestre, come programmato dal Board Interaziendale si è attivato un percorso di applicazione dell'HEA sul tema delle "dimissioni difficili". A tal fine alcuni professionisti dell'Azienda hanno partecipato ad un seminario di approfondimento organizzato da ASSR a Ferrara: "Valutare e programmare in termini di equità: l'HealthEquity Audit", tenutosi a Cona (FE) il 26/09/2019 Seguendo le fasi dell'HEA si è implementata la prima fase del percorso che ha previsto la costituzione del gruppo di lavoro. Con il Coordinamento dell'ASSR ed in collaborazione con AUSL Piacenza si è progettato un evento formativo di Area Vasta finalizzato a diffondere temi, metodologie e strumenti dell'Equità tra i	

reso non praticabile la realizzazione di ulteriori percorsi EqIA nel corso dell'anno 2018

professionisti dei territori di Parma e Piacenza. Si sono svolti nel secondo trimestre del 2019 tre incontri organizzativi, per la programmazione del laboratorio Tramando sull'equità Piacenza-Parma

☒ **Medicina di Genere:**

Nel secondo semestre alcuni Professionisti dell'Azienda, su mandato della Direzione Sanitaria, hanno partecipato ai primi tre laboratori per la medicina di genere organizzati da ASSR, il primo sulla Patologia cardiovascolare e stroke, il secondo sul Diabete, il terzo sugli stili di vita e salute riproduttiva, (la patologia epatica è stata rinviata)

Su mandato delle Direzioni Generali (AOU/AUSL) alcune professioniste sono coinvolte nella organizzazione e promozione del Tavolo Interistituzionale sulla Medicina di Genere in collaborazione con il Comune di Parma, Università degli Studi di Parma. È stato Programmato per il 18 marzo 2020 il convegno La medicina delle differenze: Stereotipi di genere ed equità.

L'AOU ha tenuto i contatti con la rete che si è costituita fra CUG Comune di Parma, CUG Università degli Studi di Parma, CIRS (Centro interdipartimentale di ricerca Sociale) dell'Università di Parma, Associazioni di volontariato tramite la referente equità dell'Azienda AUSL che ha partecipato all'organizzazione del percorso di formazione, concluso nel secondo trimestre, "SRADICARE LA VIOLENZA COLTIVARE IL RISPETTO". Corso di formazione transculturale sulle relazioni di genere per operatori e operatrici culturali e sociali", Organizzato da Università degli Studi di Parma in collaborazione con AUSL ed altre Associazioni del Territorio. Il percorso ha esitato in un convegno promosso dagli stessi organizzatori dal titolo "IN-VISIBILE, IN-DICIBILE, IN-AFFRONTABILE? Violenza sulle donne. Strategie di denuncia, contrasto e prevenzione".

Health Literacy (Scheda 27)

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	I SEMESTRE 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale	SI	E' stato organizzato un corso base di HL dedicato all'area oncologica nel dicembre 2018	Si Corso trasversale sulla comunicazione con pazienti, orientata alla Literacy (TEAC BACK) L'Azienda prosegue nell'impegno sul versante dell'Health Literacy attraverso le attività del Gruppo aziendale dedicato, che opera in stretto raccordo con l'analogo gruppo presente in AUSL garantendo la partecipazione al Gruppo Regionale sull'Health Literacy. Nel primo semestre pur non avendo realizzato eventi formativi aziendali sul tema, le attività per la Health Literacy hanno coinvolto l'Ufficio stampa e comunicazione, in particolare la partecipazione al corso regionale Progetto regionale Health Literacy tenutosi a maggio 2019.	SI Nel 2° semestre, lo sviluppo delle competenze sull'HL è stato sostenuto attraverso la pubblicazione sulla piattaforma aziendale del corso di formazione a distanza regionale aperto a tutti i dipendenti dell'AOU PR	Obiettivo Raggiunto
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno un materiale informativo	Si	Si	Si MODULO AZIENDALE DEL CONSENSO INFORMATO	Si MODULO AZIENDALE DEL CONSENSO INFORMATO	Obiettivo Raggiunto

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
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	38%	31% Al fine di migliorare la percentuale degli interventi sorvegliati l'Azienda ha intrapreso azioni di sensibilizzazione quali la trasmissione a tutte le Chirurgie Generale e Specialistiche delle indicazioni regionali.	88,2%	Il risultato è stato possibile grazie all'intensa attività di sensibilizzazione e grazie all'impegno di tutti i professionisti coinvolti. Obiettivo pertanto raggiunto
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	21 lt./1000 gg./degenza	25 lt./1000 gg./degenza Si conferma tendenzialmente in crescita	25 lt./1000 gg./degenza Si conferma tendenzialmente in crescita	Obiettivo raggiunto
Stretto monitoraggio delle attività di 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 partecipanti all'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti	100%	100%	100%	Obiettivo conseguito

Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	I SEMESTRE 2019	Risultato anno 2019	NOTE E COMMENTI
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.	Si	Si	L'autovalutazione dei requisiti è stata effettuata ed è stato elaborato il Manuale Organizzativo della Qualità Aziendale corredato delle evidenze e prodotte in azienda. Nel corso del 2019 sono stati effettuati incontri specifici con il Collegio di Direzione e la Direzione Generale allargata e sono state aggiornate 12 procedure aziendali e 4 procedure interaziendali nel 1° semestre 2019.	SI L'Azienda ha effettuato un Audit interno sull'esito della visita di accreditamento della RER del 7/8/9 maggio 2019 espresso nel verbale del Team di verifica e analisi dei requisiti ritenuti non completamente soddisfatti o critici. Per garantire il mantenimento dei requisiti specifici previsti per le discipline e per lo svolgimento di attività specifiche, l'AOU ha garantito il supporto per: -Visita di sorveglianza biennale alla SC. Immunoematologia e Medicina trasfusionale. Tale attività si è concretizzata: - nella collaborazione alla elaborazione del Manuale Qualità della U.O. corredato delle evidenze. -nella predisposizione della documentazione per la Visita -supporto durante la visita effettuata il 20/11/2019. -Supporto per Visita di sorveglianza ai fini dell'autorizzazione regionale del Centro Procreazione Medicalmente Assistita (CPMA) Tale attività si è concretizzata: - nella collaborazione alla elaborazione del Manuale Qualità del CPMA, corredato delle evidenze. -nella	Obiettivo conseguito

					<p>predisposizione della documentazione per la preparazione alla visita di sorveglianza -supporto durante la visita effettuata il 28 e 29 novembre 2019</p> <p>100%</p> <p>Tutti i valutatori convocati hanno partecipato alle attività di verifica</p>	
<p>Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie</p>	<p>Nr.valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr valutatori convocati</p>	<p>70%</p>	<p>90%</p>	<p>100%</p> <p>Tutti i valutatori convocati hanno partecipato alle attività di verifica</p>		<p>Obiettivo pienamente conseguito</p>

Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	SEMESTRE 2019	Risultato raggiunto anno 2019	NOTE E COMMENTI
Orientare l'attività formativa verso lo lavorativo 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	Al I sem. sono stati programmati n.3 eventi. Nel primo semestre sono stati programmate le valutazioni di trasferimento relative ai i seguenti progetti formativi: 1-La preparazione relazionale all'intervento di cardiocirurgia 2-Team building in riabilitazione 3- Progetto di sviluppo di capacità di valutazione del neoassunto/neo inserito e gestione del collaboratore.	Sono state progettate/realizzate le valutazioni di trasferimento dei seguenti progetti: 1 La preparazione relazionale all'intervento di cardiocirurgia 2 Team building in Riabilitazione 3 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie 4 "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna"	Obiettivo conseguito
	Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni	>= 1 almeno 3	Al primo semestre è stato realizzato n.1 progetto	E' stato realizzato il progetto "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate". In tale progetto è stata compresa una valutazione sull'effettiva applicazione della reingegnerizzazione dei processi amministrativi esitata dal percorso di apprendimento	Valutazioni d'impatto/efficacia sono state progettate/realizzate sui seguenti progetti: 1 Progetto di sviluppo di capacità di valutazione del neoassunto/neo inserito e gestione del collaboratore. 2 Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate 3 Definizione del profilo di competenze dell'infermiere del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	Obiettivo conseguito