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

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000550

DATA: 29/07/2021 17:29

OGGETTO: Piano per la Performance 2021-2023. Approvazione

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Petrini Anna Maria in qualità di Commissario Straordinario
Con il parere favorevole di Bacchi Romana - Sub Commissario Sanitario
Con il parere favorevole di Carlini Stefano - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Giuseppina Rossi - Dipartimento Valutazione e Controllo che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Amministrativa Distr. Sud-Est
- DISTRETTO di Parma
- DISTRETTO Sud-Est
- Direzione Amministrativa DAI-SMDP
- DIPARTIMENTO Assistenza Integrata-Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
- DIPARTIMENTO Sanita' Pubblica
- Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica
- Dipartimento Interaziendale Information and Communication Technology
- DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica
- DA - U.O. Contenzioso Sanitario,Assicurazioni e Privacy
- DIREZIONE SANITARIA Aziendale
- U.O. Stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza
- Area Economica Risorse Umane
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Parma)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Sud-Est)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Valli Taro e Ceno)
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA 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.

- DISTRETTO di Fidenza
- DISTRETTO Valli Taro e Ceno
- Direzione Amministrativa Distr. Parma
- Direzione Amministrativa Distr. Fidenza
- Direzione Amministrativa Distr. Borgotaro
- Direzione Amministrativa Ospedale Fidenza
- DA - Area Interaziendale Economico Finanziaria
- DA - Struttura Interaziendale Servizio Affari Generali
- DA - Struttura Interaziendale Internal Auditing
- DA - U.O. Affari Legali
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Area Giuridica Risorse Umane
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Fidenza)
- Servizio Attivita' Tecniche
- Servizio Logistica E Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
- Servizio Acquisizione Beni
- Servizio Esecuzione Contratti Fornitura Beni
- DIREZIONE ATTIVITA` SOCIO SANITARIE
- Sviluppo ed Integr. dei Processi Amm.vi/Trasparenza e Integrita'
- SSD Personale Convenzionato
- Direzione Medica Ospedale Borgotaro
- DG - Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- PRESIDIO OSPEDALIERO Aziendale
- Direzione Medica Ospedale Fidenza
- Dipartimento Interaziendale Risorse Umane
- Formazione e Sviluppo Risorse Umane
- U.O. Area Disciplinare Igiene Territ./Ambiente Costruito
- Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale

- OIV-SSR
  OIV.SSR@regione.emilia-romagna.it

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000550_2021_delibera_firmata.pdf	Bacchi Romana; Carlini Stefano; Petrini Anna Maria; Rossi Giuseppina	5C354B65390CE2E154723A76E0623293C7B589D4F9BEA4B797EC9AA12B02911A
DELI0000550_2021_Allegato1.pdf:		59DB0EF86E6D33161721A56DBC7A043BFB8977B477EE21F4D67484E2B8DAB66A

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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Piano per la Performance 2021-2023. Approvazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTO il decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;

VISTO il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 attuativo della Legge 4 marzo, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

RICHIAMATI, in particolare, I seguenti articoli del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150:

Art. 10 comma 1 lettera a) in base al quale, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono annualmente, ento il 31 Gennaio un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell' amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed I relative indicatori;

Art. 15 comma 2 lettera b), in base al quale l'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione definisce il Piano della performance con i vertici dell'amministrazione;

VISTA la deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) 6 del 17 gennaio 2013 con cui sono state definite le "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance", fornendo in particolare indicazioni ai fini della redazione del Piano della Performance;

RICHIAMATE le Delibere n. 1/2014 e n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale aventi ad oggetto rispettivamente "Prime indicazioni metodologiche ed operative" e "Aggiornamento linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance";

RICHIAMATA la Legge Regione Emilia-Romagna n. 9/2018 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende Sanitare e gestione sanitaria " dove si dispone che il Piano della Performance delle Aziende sanitare è un documento programmatico triennale, redatto in conformità alle indicazioni disposte dalla Regione ;

VISTE le disposizioni di cui alla Delibera di Giunta regionale n. 819 del 31 maggio 2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della Performance nelle Aziende e negli Enti del SSR"

trasmesso dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna ed acquisito in data 24.06.2021 al n. 44777 del protocollo aziendale;

VISTO altresì che le disposizioni di cui al punto precedente prevedono che l'adozione del nuovo Piano della Performance 2021-2023 avvenga attraverso apposita deliberazione del Direttore Generale entro il termine del 31/07/2021;

PRESO ATTO che la DGR n. 819/2021 prevede che in fase di prima applicazione, le aziende e gli enti del SSR adottino il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) quale sezione del Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023, e provvedano all'adozione dell'aggiornamento annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, mentre nelle annualità in cui è predisposto il Piano della Performance, contestualmente alla sua adozione;

ATTESO che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il Piano stesso (ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e dell'art. 10, 8° c., lett. b) del D. Lgs. n. 33/2013);

ATTESO che il Piano della Performance 2021-2023, posto in allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 150 del 2009, in coerenza con le indicazioni contenute nelle delibere CIVIT n. 112/2010 e A.N.A.C. n. 6 /2013, nelle Delibere OIV n.1/2014 e n.3/2016 e secondo le indicazioni di cui alla citata Delibera di Giunta regionale n. 819 del 31 maggio 2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della Performance nelle Aziende e negli Enti del SSR";

SU PROPOSTA del Direttore Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo;

Delibera

- di adottare, per le motivazioni esposte in premessa il Piano della Performance 2021-2023, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento e di approvarne i contenuti;
- di adottare il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) quale sezione del Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023, e disporre che i successivi aggiornamenti verranno adottati annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, mentre nelle annualità in cui è predisposto il Piano della Performance, contestualmente alla sua adozione;

- di pubblicare detto Piano nella sezione “Amministrazione Trasparente – Piano della Performance” del sito aziendale;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa da iscriversi a Bilancio;
- di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, all’Organismo Indipendente di Valutazione regionale, all’Organismo Aziendale di Supporto, al Responsabile Interaziendale Trasparenza e Anticorruzione e a tutte le articolazioni aziendali.

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

2021

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

Piano della Performance 2021-2023

Nel documento sono esplicitati gli indirizzi della strategia aziendale, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati in rapporto agli obiettivi definiti

30/07/2021

Sommario

1. Executive Summary....4
2. Premessa....7
3. Identità dell'Azienda Sanitaria....9
   3.1. Chi siamo....9
   3.2. Come Operiamo....10
   3.3. Il Contesto di riferimento....15
   3.4. I dati di attività....26
   3.5. I dati economici....44
   3.6. Il Personale....45
4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance....51
   Dimensione di Performance dell'utente....51
   - Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni....51
   - Area dell'integrazione:....55
   - Area degli esiti:....62
   Dimensione di Performance dei processi interni....62
   - Area della produzione....62
   - Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico....66
   - Area dell'organizzazione:....67
   - o Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza:....72
   Dimensione di Performance dell'innovazione e dello sviluppo....74
   - Area della Ricerca e della didattica....74
   - Area dello sviluppo organizzativo....74
   Dimensione di Performance della sostenibilità....75
   - Area economico-finanziaria....75
   - Area degli investimenti....76
5. La Misurazione e Valutazione della Performance....80
   Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa....80
   La valutazione di PERFORMANCE/RISULTATO ORGANIZZATIVA o d'EQUIPE....82
   La valutazione INDIVIDUALE annuale....84
6. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)....86
7. Collegamento con altri Piani e documenti....89
   Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT)....89

Piano Triennale Fabbisogni del Personale (PTFP) 90
Piano Triennale Azioni Positive 90
8. Indicatori di performance 91
8.1. Area Accesso e Domanda 92
8.2. Area Integrazione 93
8.3. Area Esiti 94
8.4. Area Produzione-Prevenzione 95
8.5. Area Produzione-Territorio 96
8.6. Area Produzione-Ospedale 96
8.7. Area Appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico 97
8.8. Area Organizzazione 98
8.9. Area Anticorruzione-Trasparenza 99
8.10. Area Ricerca e didattica 99
8.11. Area Sviluppo organizzativo 99
8.12. Area degli Investimenti 99
8.13. Area della Sostenibilità economico finanziaria 100

1. Executive Summary

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse ed i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa. Il presente piano ha validità 2021-2023, ed è redatto in conformità alla normativa nazionale in materia ed alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR), in primis con la Delibera n. 3/2016 e con la DGR n. 819/2021contenente le "Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR".

Il documento si sviluppa, secondo l'indice previsto dalla sopra citata delibera OIV-SSR, secondo l'indice previsto dalla sopra citata delibera OIV-SSR, in **otto capitoli**. Nei **primi due** (**Executive Summary** e **Premessa**) vengono descritti i contenuti, con particolare attenzione ai principali obiettivi strategici aziendali, ed il senso del Piano della Performance, quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'Azienda ed i suoi portatori di interessi.

Nel **terzo capitolo** (**Identità dell'Azienda**) viene descritto il contesto esterno ed interno in cui opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta ed ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.

Il **quarto capitolo** (**Gli impegni strategici e le dimensioni della performance**) riguarda gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale e rappresentati nell'albero della performance nelle specifiche dimensioni ed aree. In particolare gli obiettivi riguardano:

- la **sostenibilità economica,** che è condizione necessaria per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**, **4.1.2**, **4.2.1, 4.2.2**).
- il **riordino dell' assistenza Ospedaliera** in quanto dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete dando continuità all'applicazione a livello locale delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 02/04/15 n.70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera". (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.1**)
- il **consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio** che deriva da un diverso ruolo attribuito all'ospedale rispetto ai livelli assistenziali erogati, che ha imposto un radicale mutamento delle politiche sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio ed allo sviluppo dell'assistenza territoriale potenziando la sua capacità di intercettare la domanda di assistenza, soprattutto per quanto riguarda la cronicità, con lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico, che nelle Case della Salute trovano il loro elemento ottimale di sintesi. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.2**)
- la **facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e garanzia dell'accesso in emergenza urgenza**, con impegni sulla gestione delle liste di attesa, al fine di garantire, per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, tempi di attesa che rispettino gli standard definiti, anche attraverso lo sviluppo di azioni di governo clinico per promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed azioni di riorganizzazione del modello erogativo. Grande attenzione anche alla riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso, alla separazione dei percorsi, alla riduzione del sovraffollamento ed a favorire il distanziamento. (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso** : obiettivo **1.1.1, 1.1.2, 1.1.3**)

- il **consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**, con l'impegno prioritariamente orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio con particolare riferimento al percorso di unificazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria ed allo sviluppo della Centrale Operativa Territoriale (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione** : obiettivo **1.2.9**)
- la **attività di prevenzione e promozione della salute**, in cui si prevede il rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica e dove strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, dando piena applicazione al Piano Regionale della Prevenzione articolato in progetti organizzati per setting (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area della produzione** : obiettivo **2.1.5**)
- il **governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero**, in cui rivestono particolare rilevanza la **Assistenza perinatale**, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto, la **PMA** (procreazione medicalmente assistita), dove andrà perfezionato il percorso assistenziale in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e la **Appropriatezza farmaceutica**, dove dovranno essere realizzate attività strutturate che coinvolgano i medici prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, secondo le indicazioni contenute nei documenti Regionali. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.2**)
- la **qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**, fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurare sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi che il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale, rappresentano principi inderogabili dell'Azienda che orientano le attività in tutte le articolazioni e le scelte programmatiche. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.4**)
- la **integrazione socio-sanitaria**, assicurando innanzi tutto la completa attuazione dei nuovi LEA, con particolare riferimento al sostegno del ruolo del care-giver ed inoltre il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale e garantendo adeguati processi sia rispetto agli ambiti distrettuali che alle funzioni dipartimentali. In particolare per quanto riguarda il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR, i servizi sociosanitari accreditati, l'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie ed ai disabili (Progetto regionale "Dopo di Noi"). (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione**: obiettivo **1.2.11**)
- la **integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari**, nell'ambito del più ampio progetto di Unificazione, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali, e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti. (Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione:** obiettivo **2.3.5**).
- lo **sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi**, al fine di creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità. Particolare impegno si richiede nell'adozione e diffusione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), delle credenziali di autenticazione SPID e lo sviluppo della telemedicina. (Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione:** obiettivo **2.3.4** e obiettivo **2.3.7**).
- la **razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti**, in questo settore sarà necessario orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke e per rispondere alle indicazioni del DM 34/2020; a livello territoriale, sulle Case della Salute e nello sviluppo della telemedicina. (Riferimento dimensione di performance **della sostenibilità– area degli investimenti:** obiettivo **4.2.1**).

- il **governo dei processi di acquisto di beni e servizi**, con l'obiettivo prioritario della piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**)

- Il **governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano** dove diventa prioritario agire sullo sviluppo delle competenze del personale per ottimizzare i processi produttivi ed effettuare la programmazione aziendale tenendo conto degli obiettivi e degli standards, di tipo economico-finanziario e gestionale, contenuti nella deliberazione regionale di programmazione annuale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivo **4.1.2**), (Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo**: obiettivo **3.2.1**), (Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area della ricerca** : obiettivo **3.1.1**)
- gli **adempimenti nei flussi informativi** , ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, con particolare riferimento a quelli collegati ad eventi epidemici, verso il livello nazionale – trattandosi di adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA (NSG) e verso le banche dati attivate a livello regionale. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione**: obiettivo **2.3.9,** obiettivo **2.3.10** e obiettivo **2.3.11**).

Il **quinto capitolo** (**Misurazione e Valutazione della Performance**), descrive il ciclo e le fasi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo.

Il **sesto capitolo** (**Piano Organizzativo Lavoro Agile - POLA**), descrive le modalità e le regole di funzionamento del POLA che si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione. Il POLA, dunque, risponde alle disposizioni in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle amministrazioni pubbliche, di cui all'art. 14 della L. 124/2015, così come modificate dal D.L. 30 aprile 2021 n. 56 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", che prevedono che le pubbliche amministrazioni, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile.

Il **settimo capitolo** (**Collegamento con altri piani**), descrive le modalità con cui si intende realizzare lo strumento di collegamento ed integrazione, nel processo di programmazione aziendale, tra le aree di attività della **Trasparenza e Integrità**, del **Piano Triennale di Fabbisogno del Personale**, e del **Piano delle Azioni Positive** con il ciclo di gestione della performance, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Nell'**ottavo capitolo** (**Indicatori di risultato**), viene rappresentato un *panel* di indicatori con l'indicazione del valore atteso nel triennio di vigenza del Piano, per ogni dimensione/area di performance individuata, così come definiti per l'intero sistema sanitario regionale. Tali indicatori di risultato assicurano coerenza di sistema, confrontabilità nel tempo e nello spazio, esplicitando il grado di performance che l'Azienda intende conseguire con l'obiettivo prioritario di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini.

2. Premessa

Il D.Lgs. n.150/2009 ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, ed il presente documento, Piano delle Performance per gli anni 2021-2023, è il riferimento programmatico triennale dove sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali ed i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione degli stessi.

Il presente documento è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nelle Delibere n. 1/2014 "Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance", n. 2/2015 "Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS", n. 3/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" e la DGR n. 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR".

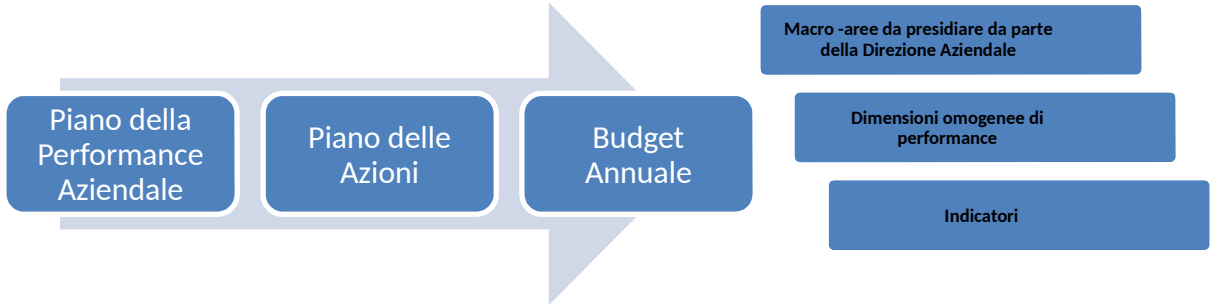
Con riferimento all'anno 2021 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si pone, e su cui si basa la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri di Responsabilità da riportare nelle schede di budget.

Viene adottato un approccio di valutazione multidimensionale (***BSC*** – ***BalancedScorecard***), finalizzato a supportare la traduzione della strategia in azione, partendo dalla visione e dalle scelte strategiche dell'Azienda ed identificando quattro differenti dimensioni attraverso cui è possibile valutare in modo integrato i risultati aziendali. Nella definizione della programmazione triennale si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

Per uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, utile a supportare gli interventi rivolti al perseguimento degli obiettivi, gli elementi essenziali sono rappresentati da:

- Il ***Piano delle Performance*** con sviluppo su arco triennale dei principali obiettivi strategici;
- Il ***Piano delle Azioni***, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per l'anno in corso e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- Il ***Budget annuale***, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità Operative;
- Il ***sistema di Reporting*** con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative

Di seguito la successione logica delle fasi:



La programmazione aziendale è inserita in un preciso quadro normativo e finanziario di cui si riportano i principali riferimenti:

- ✓ **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** presentato dall'Italia all'interno del Programma Next Generation EU **(NGEU)**
- ✓ Documento **"Percorso verso l'unificazione delle Aziende USL ed Ospedaliero/Universitaria di Parma: risultati della prima fase di pianificazione"**
- ✓ **DGR n. 1806/2020** "Obiettivi della programmazione 2020 – Integrazione della DGR n. 2339/19"
- ✓ **DGR n. 749/2020** "Azienda USL di Parma – Designazione del Commissario Straordinario"
- ✓ Regione Emilia Romagna – **XI Legislatura** – **Programma di mandato della Giunta**
- ✓ **D.L. n. 34/2020** "Decreto Rilancio del 19 maggio 2020" convertito nella L. n. 77/2020 il 17 luglio 2020
- ✓ **DGR n. 603/2019** "Nuovo Piano Regionale per il Governo dei Tempi di attesa"
- ✓ **D.M. 12 marzo 2019** "Nuovo sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA"
- ✓ **L.R. n. 9/2018** "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della Legge regionale n. 50 del 20/12/1994, e del regolamento regionale n. 61 del 27/12/1995"
- ✓ **DGR 120/2017** "Approvazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019"
- ✓ **DGR 1423/2017** "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019"
- ✓ **DGR 365/2017** "1° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017"
- ✓ **DGR 2040/2015** "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e da DM Salute 70/2015";
- ✓ **DM 02/04/15 n.70** "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera"
- ✓ **DM** attuativo del **DL n. 78/2015** "Decreto Enti Locali – Razionalizzazione spesa SSN"
- ✓ **Decreto Lgs n. 118 del 23/06/2011** e s.m.i. che al titolo II detta disposizioni sui *"principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario"* introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativi;
- ✓ **L. n. 190 del 06/11/2012 "***Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- ✓ **Decreto Lgs. N. 33 del 14/03/2013 "***Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicita'*, *trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* che introduce il "diritto di accesso civico".

Inoltre sono da ricordare per la rilevanza che rivestono:

- ✓ **DGR n. 344/18** "Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professioni"
- ✓ **DGR 2162/17** "Assegnazione e concessione di finanziamento all'Ausl di Parma per la realizzazione del progetto relativo all'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito delle Case della Salute"
- ✓ **Piano Nazionale della Cronicità** – Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
- ✓ **DGR n. 2128/2016** "Case della Salute – Indicazioni Regionali per lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa"
- ✓ **DGR 291/2010** *"Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale"*
- ✓ **Accordi Collettivi Nazionali di categoria** (AA.CC.NN. 27/05/2009 e s.m.i.) con il personale a rapporto convenzionale declinati negli Accordi Integrativi Regionali e negli Accordi Locali;

3. Identità dell'Azienda Sanitaria

3.1.Chi siamo

Per un maggiore approfondimento è necessario fare riferimento all'Atto Aziendale, adottato con Deliberazione n. 107 del 13/03/08 e successive modifiche e integrazioni.

La **missione** dell'Azienda USL di Parma è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione -nazionale, regionale e locale -avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità

La **Visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

3.2.Come Operiamo

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda e all'organizzazione dei servizi. La **Direzione Generale si avvale di una funzione collegiale di governo (Collegio di Direzione) composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore delle attività sociosanitarie, dai Direttori di Distretto, dal Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e dal Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica**.

Si avvale altresì delle competenze tecnico-professionali della **Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Aziendale**, della **Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale** e del **Dipartimento Assistenza Farmaceutica**.

La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

Il **Collegio di Direzione** è organo dell'Azienda, opera attraverso un proprio regolamento adottato dal Direttore Generale. Ha compiti di elaborazione e di proposta al Direttore Generale per:

- l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi
- le attività di formazione e di formazione permanente, di ricerca e di innovazione ed il regolamento attuativo del relativo programma aziendale, con particolare riguardo al programma di formazione aziendale nell'ambito delle E.C.M (educazione continua in medicina);
- la libera professione, inclusa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria e per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- il Programma aziendale di gestione del rischio;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Esprime parere su regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

Il Distretto: costituisce l'articolazione territoriale dell'Azienda, dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate." "Il Distretto contribuisce alla missione aziendale assicurando alla popolazione residente la disponibilità secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza dei servizi sanitarie e socio-sanitari ad elevata integrazione, attraverso l'esercizio **di funzioni di committenza,** intesa quale analisi e definizione partecipata dei bisogni, allocazione delle risorse, negoziazione della qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi con i vari livelli di produzione, monitoraggio e valutazione dei risultati.

Il Distretto gestisce il Fondo regionale per la non autosufficienza nei modi e nelle forme previste dalla normativa regionale.

Il budget del Distretto, di cui all'art. 4 della L.R. n. 29 del 2004 è costituito dalla somma dei budget assegnati alle Aree dipartimentali distrettuali, al Dipartimento cure primarie ed alle articolazioni aziendali operanti sul territorio del Distretto.

La programmazione dei Distretti trova il punto di equilibrio e di sintesi nella Direzione Generale dell'Azienda.

La gestione del budget rappresenta il tessuto operativo di interazione fra la funzione di committenza propria dei Distretti e la funzione di produzione attribuita ai Dipartimenti sanitari.

I Dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Il Dipartimento è una struttura organizzativa complessa dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, costituita da una pluralità di unità operative e/o moduli organizzativi, raggruppati in base all'affinità del loro sistema tecnico di riferimento o della loro interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti gruppi di utenti, ovvero nello svolgimento di funzioni di supporto.

Sono **Dipartimenti Aziendali** il **Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**, il **Dipartimento di Sanità Pubblica**; i **Dipartimenti delle Cure Primarie sono Distrettuali**.

Altri Dipartimenti Sanitari sono i **Dipartimenti del Presidio Ospedaliero** (**Dipartimento Medico e della Diagnostica** e **Dipartimento Chirurgico**), mentre il **Dipartimento di Emergenza-Urgenza** e Il **Dipartimento Assistenza Farmaceutica** sono interaziendale.

I **Dipartimenti tecnico-amministrativi** sono il **Dipartimento Risorse Umane** (interaziendale), il **Dipartimento Tecnico e Logistica** (interaziendale), il **Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo** (interaziendale con integrazione funzionale) ed il **Dipartimento Interprovinciale ICT**.

E' inoltre presente la struttura complessa interaziendale ad integrazione strutturale **Servizio Economico Finanziario**.

Area Vasta Emilia Nord (AVEN): l'Azienda USL di Parma partecipa alla forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sei Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Modena) presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio-Emila e Modena.

Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell'ambito dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell'ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta. In coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, l'obiettivo è quello di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi, migliorando anche la sostenibilità economica.

Progetto di integrazione delle Aziende USL ed Ospedaliero-Universitaria di Parma

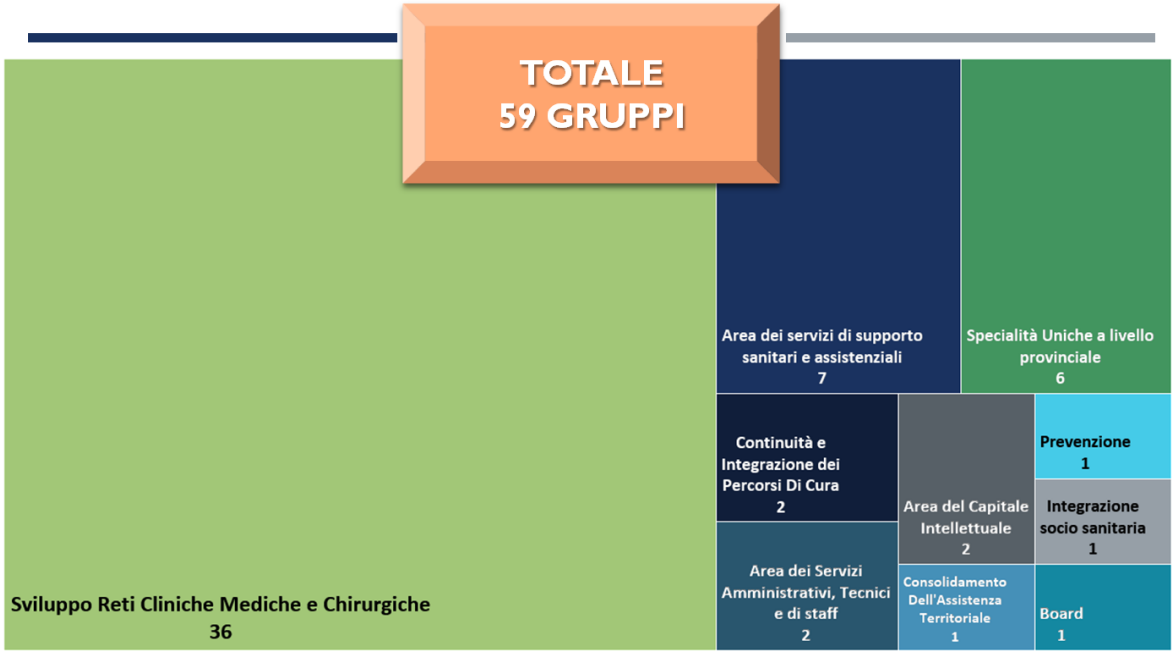
Con la Delibera di Giunta delle Regione Emilia Romagna nr. 737 n. 749 del 25/06/2020 alle Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma sono stati assegnati gli obiettivi di mandato, nei quali è espressamente indicato che "*per le Aziende parmensi assume particolare rilievo la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale*".
Nell'ottica di garantire risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, l'interesse delle due Aziende sanitarie si è rivolto verso il rafforzamento dei meccanismi di collaborazione tra i diversi stakeholder, andando a rivedere l'intera catena dei servizi sanitari offerti.
Le evidenze di letteratura – e la pandemia in atto - hanno dimostrato che le forme di integrazione più efficaci sono quelle che coinvolgono più livelli di assistenza (l'assistenza ospedaliera, le cure intermedie e primarie), orientate alla presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.
Le Direzioni di AOU e di AUSL hanno quindi deciso di sviluppare un Progetto di Integrazione, con l'obiettivo di gettare le basi per l'unificazione delle due Aziende. In fase di pianificazione strategica è stata effettuata l'analisi SWOT, per valutare i diversi fenomeni che riguardano il contesto in cui il Progetto di Integrazione si inserisce, e che possono influenzarne il successo:

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
• Forte mandato regionale • Rete Ospedale- Territorio (formazione del personale, progetti congiunti, iniziative rivolte ai cittadini). • Integrazione socio-sanitaria (presenza di servizi socio-sanitari sull'intero territorio e capacità di accoglimento della domanda, azioni di sensibilizzazione all'utenza e sostegno al paziente e suo caregiver; progetti di potenziamento di alcuni Servizi) • Presenza di Servizi e Progetti interaziendali dedicati.	• Difficoltà nella co-progettazione tra diverse organizzazioni; • Difficoltà ad intercettare le esigenze socio-assistenziali e sanitarie dell'utenza; • Difficoltà a riconoscere il bisogno non espresso; • Modalità uniformi di campagne/progetti di prevenzione e di sensibilizzazione all'utenza (occorrerebbe diversificazione a seconda dell'organizzazione).

OPPORTUNITÀ	MINACCE
• Valorizzazione e messa in rete dei servizi clinico assistenziali di eccellenza presenti nel contesto di riferimento; • Percorsi strutturati per la costruzione di una "rete clinico assistenziale" tra ospedale e territorio; • Consolidamento dell'attività di prevenzione; • Apertura di nuovi Servizi in risposta ai bisogni dell'utenza; • Rafforzamento del collegamento tra assistenza, ricerca e didattica in ambito territoriale, a tutti i livelli (dalle professioni sanitarie, alle scuole di specializzazione alla formazione degli MMG/PLS).	• Mutamento tipologie organizzativa a partire da due realtà (sanitaria e territoriale ciascuna con propria filosofia gestionale, vs una realtà più complessa); • Nuovi modelli culturali organizzativi e gestionalie conseguente aumento della difficoltà di governo; • Servizi non adeguati ai nuovi bisogni formativi/informativi dei professionisti; • Difficoltà legate all'integrazione interculturale; • una "fusione a freddo" potrebbe essere vissuta dai professionisti come imposta dall'alto e non vissuta ed elaborata individualmente dal singolo.

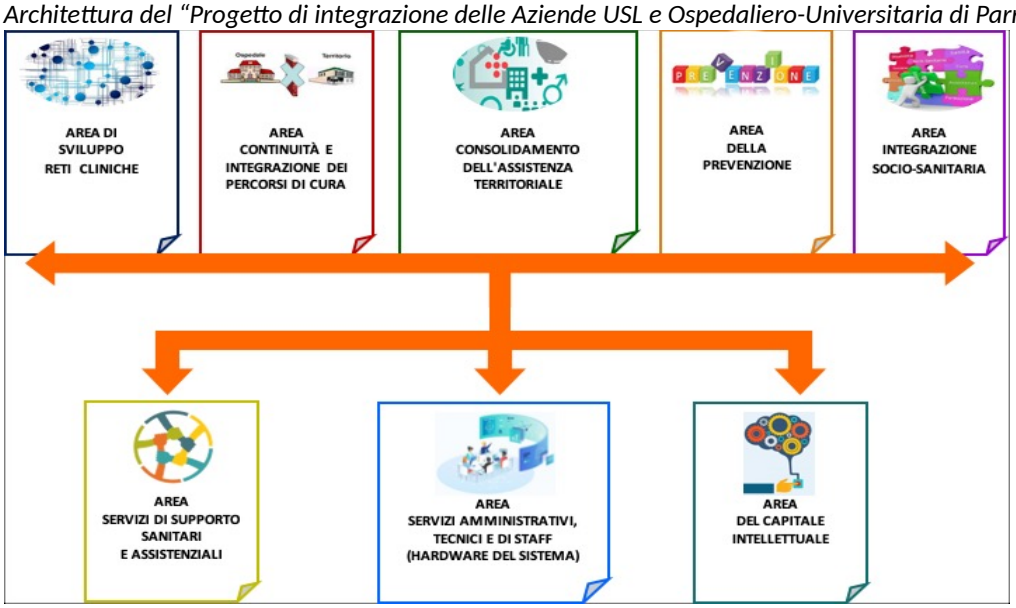
Nel primo semestre di mandato delle Direzioni è stato redatto il "Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma", condiviso nelle sue direttrici con il Collegio di Direzione Congiunto delle due Aziende (25/09/2020), e presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma (30/09/2020) e alle Organizzazioni Sindacali (15/10/2020).
E' stato trasmesso congiuntamente dalle direzioni all'Assessore alle Politiche per la Salute ed al Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna (nota prot. 70083/2020 del 19/11/2020).
Il primo incontro (*kickoff* meeting) per il lancio del progetto è avvenuto il 18/11/2020, nel quale si sono condivisi gli obiettivi finali ed intermedi del progetto, le fasi di sviluppo e i mandati assegnati ai 59 gruppi di lavoro, cui hanno partecipato 493 professionisti di entrambe le Aziende, focalizzate su specifiche tematiche di integrazione (prime tra tutti le reti e i percorsi di presa in carico dei pazienti). I gruppi sono guidati da 94 responsabili di entrambe le aziende e sono supportati da 44 referenti metodologici.

Figura 1: Gruppi di lavoro "Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma



Il progetto verso l'unificazione aziendale ha previsto un'architettura secondo traccianti predefiniti a partire dall'integrazione di otto Macro-aggregazioni prioritarie di lavoro (Figura 2), che sono servite ad identificare i diversi gruppi di lavoro per ciascuna area di seguito rappresentata:

Figura 2: Architettura del "Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma"

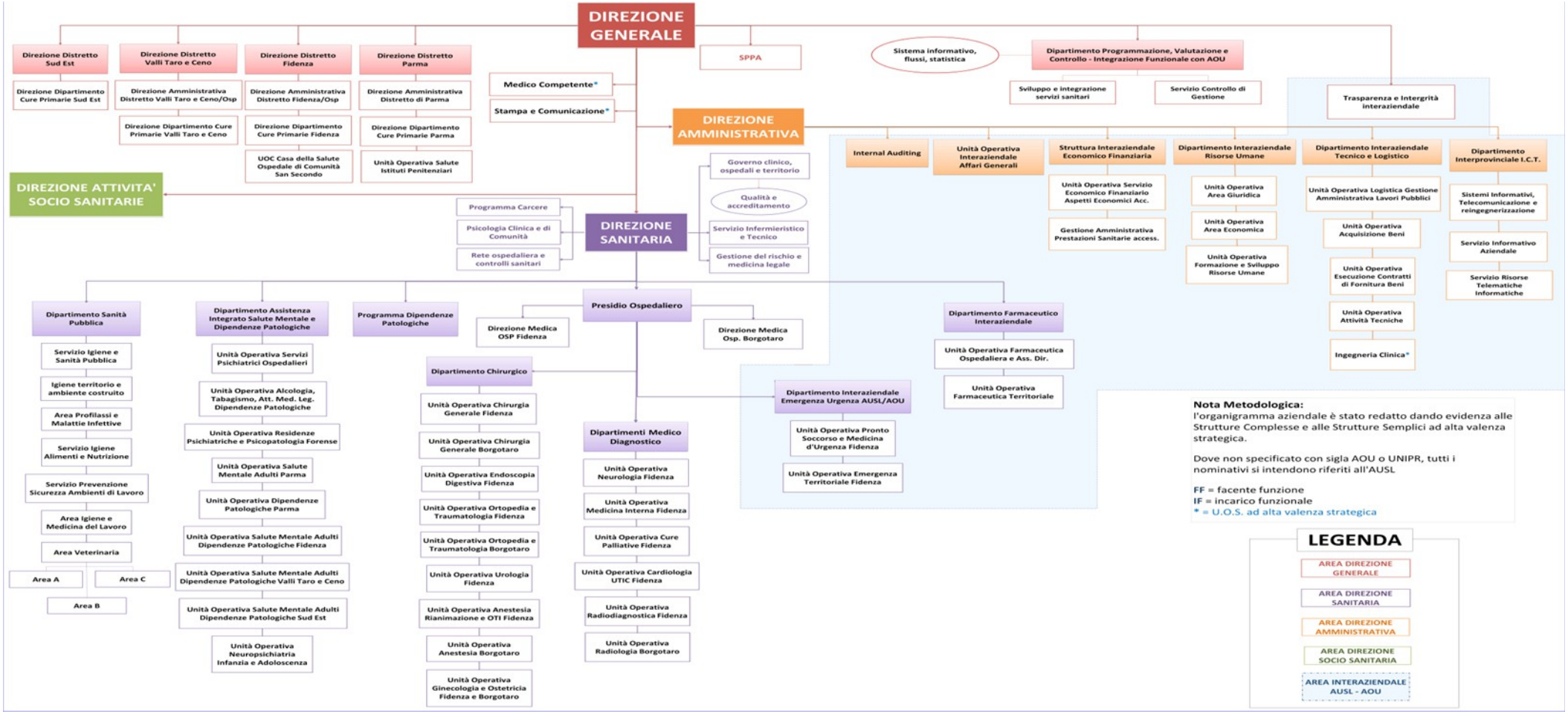


Per ognuna di queste aree, i gruppi di lavoro, attraverso la compilazione di una "scheda di mandato", hanno:

- descritto l'attuale assetto organizzativo e i nodi delle Reti già esistenti,
- delineato il contesto di riferimento di ciascun ambito
- identificato le Linee di Sviluppo e le azioni da realizzare per raggiungere gli obiettivi assegnati.

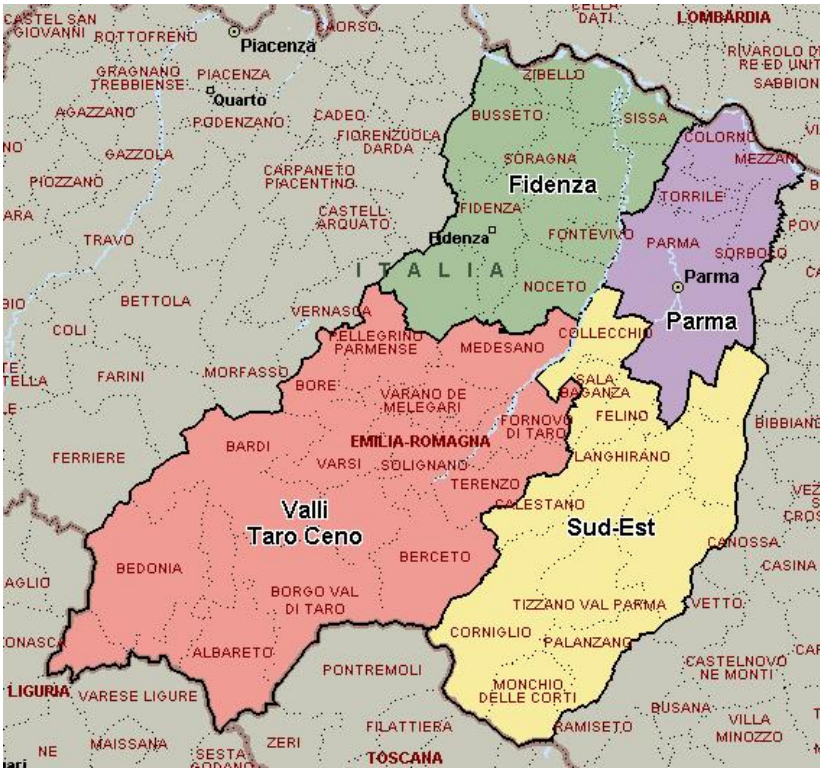
Ciascuna "scheda" è stata sottoposta al parere delle Direzioni, che hanno validato questo primo step di lavoro, indicando alcune direttrici su cui proseguire.

L'Azienda USL di Parma adotta il seguente modello organizzativo



3.3.Il Contesto di riferimento

Di seguito una breve sintesi del contesto in cui opera l'Azienda.



L'Azienda USL di Parma, il cui compito è di garantire nel proprio ambito territoriale i Livelli Essenziali di Assistenza realizzando le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, svolge la propria attività nell'area geo-amministrativa della Provincia di Parma, composta da 44 comuni in una superficie di 3.448 Kmq. Articola la sua organizzazione su quattro distretti sanitari, comprendenti i seguenti comuni:

1. **DISTRETTO DI PARMA**, comuni: **Parma**, **Colorno**, **Torrile**, **Sorbolo**- **Mezzani**;
2. **DISTRETTO DI FIDENZA**, comuni: **Fidenza**, **Salsomaggiore Terme**, **Noceto**, **Fontanellato**, **Fontevivo**, **Soragna**, **Busseto**, **Polesine-Zibello**, **Roccabianca**, **San Secondo Parmense**, **Sissa-Trecasali**;
3. **DISTRETTO SUD-EST,** comuni: **Langhirano**, **Collecchio**, **Sala Baganza**, **Felino**, **Calestano**, **Tizzano Val Parma**, **Corniglio**, **Monchio delle Corti**, **Lesignano Bagni**, **Montechiarugolo**, **Traversetolo**, **Neviano Arduini**, **Palanzano**;
4. **DISTRETTO VALLI TARO E CENO**, comprendente i comuni di **Borgo Val di Taro**, **Medesano**, **Fornovo**, **Varano de' Melegari**, **Varsi**, **Bore**, **Bardi**, **Pellegrino Parmense**, **Solignano**, **Terenzo**, **Berceto**, **Valmozzola**, **Bedonia**, **Albareto**, **Compiano**, **Tornolo**.

Al primo gennaio 2021 si contavano **453.524** abitanti, 872 in meno rispetto all'anno precedente (-0,19%).

La popolazione non diminuiva da quasi 25 anni. Cala anche la popolazione nazionale nel suo complesso, per il sesto anno consecutivo, e dell'Emilia-Romagna (0,4%), una della poche regioni che continuava a crescere dal 2017. L'epidemia COVID 19 ha avuto un riflesso pesantissimo dal punto di vista demografico sia sulla mortalità sia sul saldo migratorio. Nel 2020 si è verificato un numero di decessi anomalo, 6.694 persone, 1.667 in più della media del quinquennio 2015-2019. Anche i nati sono diminuiti, proseguendo comunque la

tendenza in atto da alcuni anni. Il saldo naturale del 2020 rileva un deficit che non viene compensato, come accadeva negli anni scorsi, dalla crescita del saldo migratorio, determinando così il calo di popolazione complessiva. Nonostante lo scenario demografico decisamente negativo, anche nel 2020 si è comunque verificata una crescita apprezzabile del saldo migratorio, che testimonia una certa attrattività del nostro territorio. La componente femminile risulta essere maggioritaria con il 51,05%.

Tabella n.1: Serie Storica Bilancio Demografico della popolazione residente nel territorio provinciale

ANNO	NATI VIVI	MORTI	SALDO NATURALE	SALDO MIGRATORIO e per altri motivi	POPOLAZIONE A FINE PERIODO
2006	1.840	2.482	- 642	2.243	**418.404**
2007	1.907	2.463	- 556	2.840	**422.361**
2008	2.034	2.606	- 572	4.648	**429.778**
2009	1.998	2.655	- 657	3.088	**435.585**
2010	1.982	2.503	- 521	2.608	**439.439**
2011	1.880	2.430	- 550	1.879	**443.449**
2012	1.910	2.568	- 658	1.956	**428.462**
2013	1.854	2.456	- 602	1.685	**432.132**
2014	1.833	2.570	- 737	1.537	**443.976**
2015	1.839	2.668	- 829	1.364	**445.929**
2016	3.697	4.949	- 1.252	2.372	**447.779**
2017	3.512	5.117	- 1.605	2.962	**448.899**
2018	3.434	4.920	- 1.486	2.599	**452.505**
2019	3.417	5.052	- 1.635	4.018	**454.873**

La popolazione straniera costituisce il 15 % del totale, con un aumento dell'2,1% rispetto all'anno 2020. Già negli anni precedenti il ritmo di crescita della popolazione straniera era diminuito: dal 2013 l'aumento annuo non era mai salito sopra il 5%, mentre negli anni dal 1995 al 2009 era rimasto costante sopra il 10%.
I bambini stranieri nella fascia 0-4 anni ne rappresentano il 27%. Inoltre, anche se la componente più giovane è preponderante, si incomincia a intravedere una sensibile presenza nelle fasce d'età più avanzata. Infatti, nell'arco temporale di due decenni, la quota degli over 64 anni risulta moltiplicata per un fattore 35 (114 del 1997, 3.998 all'1 gennaio 2021).

Tabella n.2: Dati anagrafici salienti per Distretto Sanitario

Distretto	N° Comuni	Popolazione	%	indice di vecchiaia	>64 anni	% pop. femminile
Parma	4	227.774	50,22%	167,2	49.808	51,59%
Fidenza	11	104.486	23,04%	174,7	24.301	50,87%
Sud Est	13	77.435	17,07%	169,1	17.800	50,08%
Valli Taro e Ceno	16	43.829	9,66%	253,8	12.684	50,39%
Provincia di Parma	**44**	**453.524**	**-**	**176,6**	**104.713**	**51,05%**

Le zone altimetriche che, per omogeneità del territorio, caratterizzano il territorio provinciale sono tre: la pianura, la collina e la montagna.

Tabella n.3: Dati anagrafici salienti per zone altimetriche

Zone altimetriche	N° Comuni	Popolazione	Superficie Kmq	Densità abitativa	indice di vecchiaia	% >64 anni	% pop femminile
Pianura	13	283.004	863	327,93	168,6	22,14%	51,35%
Collina	16	142.379	1.086	131,10	166,9	22,84%	50,73%
Montagna	15	28.141	1.499	18,77	362,1	33,95%	49,69%
Provincia di Parma	**44**	**453.524**	**3.448**	**131,53**	**176,6**	**23,09%**	**51,05%**

Considerando i più significativi indicatori demografici è possibile disegnare un profilo così rappresentato:

- ✓ **l'indice di vecchiaia**, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, riferito al numero degli ultrassessantacinquenni e dei giovani fino ai 14 anni, è uguale al valore 176,6, variando dal 167,2 del Distretto di Parma al 253,8 del Distretto Valli Taro e Ceno.
- ✓ **l'indice di struttura della popolazione attiva**, cioè il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa, è uguale a 141,8. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).
- ✓ **l'indice di ricambio della popolazione attiva** con il valore di 143,3 denota una popolazione in età lavorativa molto anziana.
- ✓ **l'età media** è di 45,5 anni, nel 2002 era 44,8.
- ✓ gli **indici di natalità e mortalità**, nel 2019, ultimi dati censiti, risultano essere, rispettivamente, 7,5 e 10,1; nel 2002 erano 8,4 e 12,6.

Tabella n.4: Indicatori demografici

	Indice di struttura popolazione attiva	Indice di ricambio popolazione attiva	indice di natalità (2019)	Indice di mortalità (2019)
Provincia di Parma	141,8	143,3	7,5	10,1

Tabella n.5: Principali Indicatori demografici trend

Territorio	Parma											
Periodo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
tasso di natalità	9,9	10	9,3	9	8,8	8,5	8,4	8,2	7,8	7,6	7,5	7,2
tasso di mortalità	12	11,8	11,5	11,4	10,9	11,2	11,4	11	11,4	10,9	11,1	14,7
crescita naturale	-2	-1,8	-2,1	-2,4	-2,1	-2,7	-3	-2,8	-3,6	-3,3	-3,6	-7,5
tasso di nuzialità	3,4	3	2,7	3,1	2,6	2,6	2,7	2,9	2,7	2,6	2,5	1,6
saldo migratorio interno	2,4	2,1	2	2,6	2,1	2,2	3,1	2,2	4,5	3,7	5,4	2,9
saldo migratorio con l'estero	6,5	7,1	4,5	6,7	5	3,5	5	4,1	3,6	4	5,9	3,1
saldo migratorio per altro motivo	..	..	..	2	22,7	2	0,3	-1	..	..	-2,4	-1,3
saldo migratorio totale	8,9	9,2	6,4	11,4	29,8	7,7	8,4	5,3	8,1	7,8	8,9	4,7
tasso di crescita totale	6,9	7,4	4,3	9,1	27,7	5	5,3	2,5	4,5	4,5	5,3	-2,8
numero medio di figli per donna	1,52	1,56	1,46	1,45	1,44	1,41	1,41	1,41	1,34	1,33	1,34	1,29
età media della madre al parto	31,1	31	31,4	31,3	31,5	31,4	31,5	31,6	31,8	31,9	32	32
speranza di vita alla nascita - maschi	79,5	79,5	80,2	80,3	80,3	80,6	80,9	80,9	81	81,5	81,6	78,8
speranza di vita a 65 anni - maschi	18,3	18,2	19	18,8	18,9	19,1	19,3	19,6	19,5	20	19,8	17,1
speranza di vita alla nascita - femmine	84,1	84,3	84,7	84,8	85,3	85,3	85	85,4	85,7	86,1	85,6	84,1
speranza di vita a 65 anni - femmine	21,4	21,8	22,1	22,3	22,6	22,6	22,1	22,6	22,7	23	22,7	21
speranza di vita alla nascita - totale	81,7	81,9	82,4	82,5	82,7	82,9	82,9	83,1	83,3	83,8	83,6	81,4
speranza di vita a 65 anni - totale	19,9	20	20,5	20,6	20,7	20,8	20,7	21,1	21,1	21,5	21,3	19,1
popolazione 0-14	12,7	12,9	13,1	13,2	13,3	13,3	13,4	13,4	13,3	13,3	13,2	13,1
popolazione 15-64	64,1	64	64,1	63,8	63,5	63,7	63,6	63,5	63,3	63,4	63,5	63,5
popolazione 65	23,2	23,1	22,9	23,1	23,2	23	23,1	23,2	23,3	23,3	23,3	23,3
indice di dipendenza strutturale	56	56,3	56,1	56,9	57,5	57	57,3	57,6	57,9	57,6	57,6	57,4
indice di dipendenza degli anziani	36,2	36,1	35,7	36,2	36,6	36,1	36,3	36,5	36,9	36,7	36,7	36,7
indice di vecchiaia	182,7	178,6	175	175	174,5	172,2	172,8	173,2	174,9	175,4	176,5	177,6
età media	45,2	45,2	45,2	45,2	45,3	45,2	45,3	45,4	45,6	45,7	45,8	45,9

Tabella n.6: Popolazione Età >=75 anni Provincia Parma

	2019	2020	2021	Delta % 2020 vs 2021
Popolazione età >= 75 anni Provincia di Parma	56.962	57.217	55.741	- 3%

Negli anni si è registrato un aumento della popolazione anziana ultra settantacinquenne, tuttavia la pandemia da Sars Covid - 2 ha avuto un drastico effetto su tale popolazione registrando nel 2021 una diminuzione del 3%; con un riflesso pesantissimo dal punto di vista demografico sulla mortalità.
Cresce negli ultimi anni, invece, la fascia degli ottantenni e oltre, ormai definiti "grandi anziani", che nella nostra provincia arriva a rappresentare l' 8,02% della popolazione complessiva, raggiungendo il numero di 36.365 al 1 gennaio 2021 (+1% rispetto al 2019).

Grafico n. 1: indice di dipendenza degli anziani

Nell'ultimo decennio l'indice di dipendenza degli anziani, che rappresenta il numero di individui non autonomi pe ragioni demografiche (età>=65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64), è lievemente aumentato mantenendosi però in linea con il territorio italiano che nel 2020 ha registrato un indice di dipendenza di 36.4 e al di sotto dei valori della Regione ER (38.4 nel 2020).

In generale la Provincia di Parma ha registrato nell'ultimo decennio un aumento della **speranza di vita alla nascita** sia per gli uomini che per le donne, registrando un valore pari a 81,6 per i maschi, e 85.6 per le femmine.

Tabella n.7: Speranza di vita alla nascita serie storica

Territorio	Parma	
Tipo indicatore	**Speranza di vita alla nascita - maschi**	**Speranza di vita alla nascita - femmine**
2015	80,9	85,1
2016	81	85,6
2017	81	85,7
2018	81,5	86,1
2019	81,6	85,6
2020* *(dato stimato)*	78,8	84,1

Da recenti indagini pubblicate dall'Ufficio Statistico dell'Amm.ne Provinciale (BES Parma 2020) è possibile delineare un sintetico quadro sulle peculiarità del territorio da un punto di vista più variegato, tenendo conto anche del bisogno di benessere, di sostenibilità e di misure che combattano le disuguaglianze.

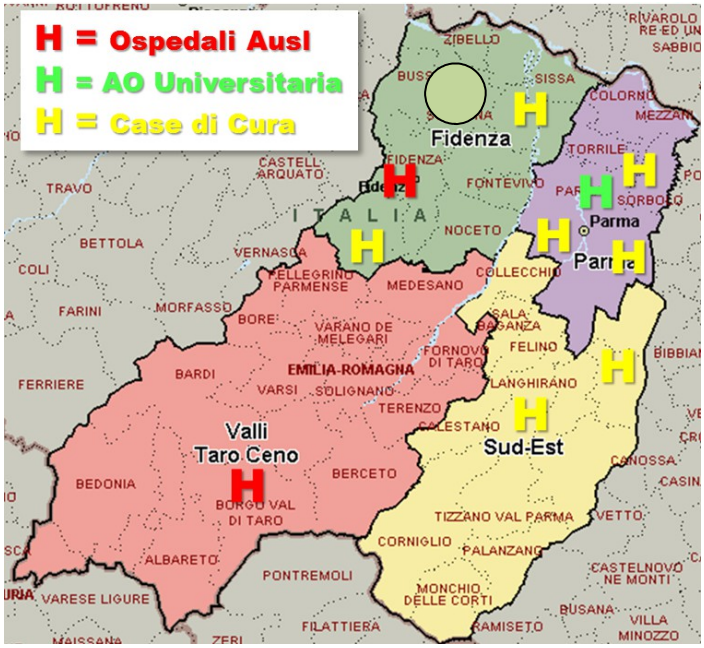
Considerando i **movimenti per studio e lavoro** che hanno una pendolarità giornaliera infra e inter comunale, si può affermare che giornalmente nella nostra provincia si spostano circa duecentomila persone, la maggior parte nelle stesse fasce orarie.

Nell'ambito delle **relazioni sociali** si è in presenza di un'ampia diffusione sia del volontariato che delle Istituzioni non profit, superiori sia alla media regionale che all'intera nazione.

Sul tema "**Lavoro e conciliazione dei tempi di vita**", i dati della nostra provincia restituiscono valori apprezzabili per quanto riguarda l'occupazione sia nei confronti del livello nazionale che del livello regionale. Meno soddisfacenti se si considerano gli infortuni sul lavoro dove la percentuale risulta essere più alta di quella nazionale.

L'ambiente, considerando la dinamicità del territorio e la sua posizione geo-climatica, risulta spesso aggredito dalle varie componenti che influiscono negativamente sulla qualità dell'aria. I superamenti dei limiti del PM10 nell'aria, infatti, risultano spesso il doppio della media italiana. Verde e piste ciclabili sono diffusi in maniera eccellente. La produzione di energia da fonti rinnovabili presenta ancora grandissimi margini di sviluppo. Particolare menzione merita il **sistema scolastico superiore** della nostra provincia che, anche grazie alla presenza di specifici istituti (artistico ed alberghiero), presenta una forte attrattivà rispetto alle province limitrofe, con un saldo positivo fra studenti in entrata e in uscita per un ordine di grandezza superiore al migliaio di unità. **L'assetto economico** della provincia ha, ovviamente, risentito negativamente della congiuntura che ha caratterizzato lo scenario globale con la sua fase regressiva. I dati per classe dimensionale di impresa mostrano un depauperamento strutturale su quasi tutti i segmenti, ma soprattutto sulle piccole e piccolissime imprese, diminuite sia numericamente che in termini di occupazione. Nonostante ciò il reddito pro capite e la retribuzione media annua, risultano essere più alti rispetto alla media nazionale e regionale. Mentre si colloca in posizione peggiore per quanto riguarda la differenza di genere nella retribuzione media dei lavoratori dipendenti. Di recente analisi specifiche riportano il sistema in un quadro di sviluppo più incoraggiante, soprattutto se paragonato a livello nazionale. La provincia di Parma può ancora vantare di diritto il titolo di food valley italiana, e non solo per la presenza di tipicità gastronomiche universalmente apprezzate, ma anche per le eccellenti realtà industriali alimentari di caratura internazionale. Dal quadro sintetico della dimensione **sicurezza** non emerge una situazione positiva, il territorio presenta dati peggiori della media nazionale anche superiori al 15%. Leggermente migliore la situazione nel confronto con la regione. I delitti denunciati, i delitti violenti e diffusi denunciati infatti presentano dati peggiori rispetto al paese nel suo complesso, ma sempre migliori rispetto ai corrispondenti regionali. Per l'ambito della **sicurezza stradale**, significativamente più alto, sia in confronto al dato regionale che a quello nazionale, il dato dei morti per 100 incidenti stradali. Non tanto migliore si presenta la situazione riguardo ai morti per 100 incidenti su strade extraurbane (autostrade escluse).

Per quanto riguarda ***l'Assistenza Ospedaliera*** l'Azienda opera mediante 2 (due) ospedali a gestione diretta, gestiti unitariamente nel Presidio Ospedaliero aziendale, e 7 (sette) ospedali privati accreditati la cui attività viene disciplinata dagli accordi contrattuali di fornitura. Nel territorio della provincia di Parma insiste anche 1 Azienda Ospedaliero Universitaria



La Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.127 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 67,6% (1.439 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgotaro, 335 p.l., e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.104 pl, 51,9% del totale). Il privato accreditato mette a disposizione con le 7 strutture 636 p.l. pari al 30% del totale. Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Parma dispongono della maggior quota dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari, Don Carlo Gnocchi e Villa Igea).

Sono disponibili, per le esigenze complessive del SSN, 4,57 pl ogni 1.000 abitanti di cui 3,53 per acuti e 1,03 per post acuti. L'indicatore mostra un valore superiore sia al parametro di riferimento nazionale, 3,7, sia rispetto ai posti letto effettivi a livello nazionale, 3,2; il dato è sensibilmente superiore anche a quello regionale, 3,93. Il fenomeno è giustificato dalle funzioni Hub regionali e dalla caratterizzazione di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, nonché dalla mobilità attiva extra-regionale, in saldo positivo. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per la popolazione residente in provincia è pari a 123,7 (anno 2020) .

L'osservazione dei consumi dei residenti della provincia, territorio di competenza dell'Azienda USL di Parma, evidenzia come detto una riduzione complessiva del 2,4% rispetto all'anno precedente.

La popolazione assistita dall'AUSL di Parma mostra nel complesso un Tasso Standardizzato di Ospedalizzazione sensibilmente più elevato di quello della media regionale, dato in calo in un trend storico. Tra i distretti a spiccare è quello Sud Est, 126,5, mentre quello di Valli Taro e Ceno si colloca appena al di sopra della media regionale, 116,9.
La popolazione di riferimento dell'AUSL di Parma si rivolge per le proprie esigenze assistenziali Ospedaliere, 61.885 ricoveri nell'anno 2020, in modo armonioso rispetto alle caratteristiche dell'offerta, certificazione di un equilibrio di sistema:

- principalmente all'*Hub* provinciale rappresentato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma che assorbe più di un ricovero sui due, con punte che raggiungono il 60,7% dei casi per gli assistiti del Distretto di Parma, i Distretti che dispongono di una struttura dell'AUSL di Parma sul proprio territorio mostrano un grado di dipendenza ben sotto il 50% dall'AOU PR;
- le strutture a gestione diretta dell'AUSL di Parma soddisfano il 15,1% della domanda complessiva con percentuali assai diverse a seconda dell'ambito distrettuale; le quote più elevate si mostrano nei Distretti in cui insistono gli Stabilimenti Aziendali;
- l'offerta Ospedaliera Privata accreditata con il SSN arriva a coprire il 19,8% circa della domanda, anche in questo caso la localizzazione delle Strutture influenza significativamente la domanda espressa, in particolare nel Distretto Sud Est, in cui ricordiamo è presente una sola struttura Ospedaliera privata accreditata Hospital Val Parma, e in quello di Parma;

- le quote di mobilità passiva verso le strutture regionali extra provinciali, 4%, e extra regionali, 8%, sono rilevanti.

La rete delle ***Cure Intermedie***, ormai in una fase di sviluppo avanzato, dispone di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, rispondendo appieno all'esigenza prioritaria di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. E' possibile, così, assicurare assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. Sono già operativi 30 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Riabilitation Week Hospital e 10 p.l. di Lungoassistenza); 18 p.l. di Lungoassistenza sono stati attivati presso lo stabilimento di Borgotaro. Posti letto di cure intermedie sono stati attivati anche strutture socio sanitarie, 6 p.l. presso l'ASP "San Mauro Abate" di Colorno, 6 presso la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano.

Per quanto riguarda nel complesso l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 122 strutture pubbliche e 173 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 295 strutture). L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da 284 MMG, 60 PLS e 146 MCA , che operano in 21 NCP (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità). Inoltre nei Nuclei di Cure Primarie sono stati attivati da aprile 2020, a seguito dell'emergenza Covid, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), a supporto dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), che hanno il compito di gestire a domicilio i pazienti sospetti o accertati Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Sono in fase di realizzazione **31 Case per la salute: 24 (77,5%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.

Nella Casa per la salute si cerca di garantire:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione coni professionisti);
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura,counseling,);
- pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazionedelle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza(tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informaticheorizzontali e verticali.
- In ognuna delle Case della Salute operera un teammulti professionale e multi disciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

Tabella n. 8: Pianificazione Case della Salute

	Casa della Salute	Distretto	Tipologia 291/2010	Tipologia 2128/2016	Attive	Da attivare
1	Busseto	Fidenza	Media	Medio/Alta complessità		
2	San Secondo P.se	Fidenza	Grande	Medio/Alta complessità	X	
3	Fontanellato	Fidenza	Piccola	Bassa complessità	X	
4	Noceto	Fidenza	Media	Medio/Alta complessità	X	
5	Fidenza	Fidenza	Piccola	Bassa complessità	X	
6	Salsomaggiore Terme	Fidenza	Media	Medio/Alta complessità	X	
7	Soragna	Fidenza	Piccola	Bassa complessità		X
8	Colorno	Parma	Grande	Medio/Alta complessità	X	
9	Parma Centro	Parma	Grande	Medio/Alta complessità	X	
10	Pintor	Parma	Grande	Medio/Alta complessità	X	
11	San Leonardo	Parma	Media	Medio/Alta complessità		X
12	Cittadella-Montanara	Parma	Piccola	Bassa complessità	X	
13	Pablo	Parma	Media	Medio/Alta complessità	X	
14	Lubiana-S.Lazzaro	Parma	Media	Medio/Alta complessità		X
15	Bambino e Adolescente	Parma	Media	Medio/Alta complessità	X	
16	Sorbolo-Mezzani	Parma	Piccola	Bassa Complessità		X
17	Langhirano	Sud-Est	Grande	Medio/Alta complessità	X	
18	Lagrisalute	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità	X	
19	Monchio	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità		X
20	Monticelli Terme	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità	X	
21	Traversetolo	Sud-Est	Media	Medio/Alta complessità	X	
22	Sala Baganza	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità	X	
23	Felino	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità	X	
24	Collecchio	Sud-Est	Media	Medio/Alta complessità	X	
25	Corniglio	Sud-Est	Piccola	Bassa complessità		X
26	Medesano	Valli TC	Media	Medio/Alta complessità	X	
27	Bedonia	Valli TC	Media	Medio/Alta complessità	X	
28	Berceto	Valli TC	Piccola	Bassa complessità	X	
29	Borgo Val di Taro	Valli TC	Media	Medio/Alta		X

				complessità		
30	Varsi	Valli TC	Piccola	Bassa complessità	X	
31	Fornovo Taro	Valli TC	Grande	Medio/Alta complessità	X	

L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. l'Azienda USL di Parma nell'anno 2020 ha assicurato 4.373.353 prestazioni ai cittadini residenti nella provincia di Parma attraverso l'erogazione diretta (Ospedali Aziendali e Poliambulatori USL), i contratti di fornitura (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Privato Accreditato), una parte residuale è stata usufruita in mobilità passiva infra ed extra regionale. L'Indice di Consumo standardizzato per 1.000 abitanti, per le prestazioni specialistiche passa da 12.654,5 dell'anno 2018 a 9.193,7 dell'anno 2020.
L'emergenza Covid-19 ha avuto un riflesso importante sulle performance dei tempi di attesa in quanto, da Marzo 2020, si è verificata la sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti. Questo ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato. Il riavvio delle attività a partire da Maggio 2020, sulla base delle indicazioni fornite dalla DGR n. 404/2020, ha visto la necessità di adottare misure organizzative con un impatto significativo rispetto all'offerta di prestazioni su tutto il territorio provinciale (misure di distanziamento, intervalli temporali allungati per l'erogazione delle prestazioni al fine di evitare assembramenti e consentire una adeguata igienizzazione degli ambienti), con conseguente riduzione dell'offerta storicamente garantita. Per quanto riguarda le visite differibili, il tempo medio di attesa, osservato sull'anno, è stato entro i range per la visita fisiatrica, la visita neurologica, la visita oncologica, la visita ORL, la visita Chirurgica Vascolare e la visita pneumologia. Per le Alte Tecnologie le prestazioni si sono tutte mantenute entro il range, e per le restanti prestazioni diagnostiche solo la spirometria ha registrato tempi superiori allo standard. Maggiori criticità si sono osservate per le prestazioni erogate in urgenza breve, in particolare la visita oculistica, la visita dermatologica, la visita endocrinologica, la visita diabetologica, la visita gastroenterologica e la visita pneumologica. Molte criticità anche nelle prestazioni diagnostiche sia ad alta tecnologia (TAC addome, TAC torace e RM addome) che per le altre (colonscopia, gastroscopia, ecocolordoppler, elettrocardiogramma Holter, spirometria, ECG da sforzo).

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologicheche comprende le Aree Disciplinari di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Psicologia Clinica, è presente nei quattro distretti dell'Azienda USL con una Unità Operativa di NPIA, un CSM e un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 210.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria presenta che deve far fronte ad una domanda crescente passata da una media di 23-25 minori nel 2015 ad una media di circa 60 casi nel 2020; il Servizio Dipendenze Patologiche conta più di 2.000 pazienti/anno.

L'Assistenza agli Anziani viene erogata attraverso strutture residenziali accreditate, destinate all'accoglienza e alla cura degli anziani non autosufficienti, e servizi semiresidenziali, finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento ed una diffusa distribuzione sul territorio. Grande impulso è derivato dalla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficenza (FRNA) finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi a loro vive accanto e se ne prende cura. Il FRNA è programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il Welfare e sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali. E' attuato

attraverso il piano annuale delle attività, elaborato dal Comitato di Distretto e dal Direttore del Distretto sulla base delle indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ed il riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda USL, luoghi deputati alla programmazione ed al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento.

L'assistenza garantita dalle strutture protette e dai centri diurni per anziani nel corso del 2020 ha risentito in maniera importante della situazione pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Per questi servizi, e in particolare per le strutture protette, la pandemia ha comportato una nuova organizzazione finalizzata alla tutela dei propri ospiti, con costi economici ed umani molto elevati.
Da sottolineare come l'offerta dei servizi per anziani negli anni si è differenziata iniziando ad includere, oltre alle strutture autorizzate ai sensi della DGR 564/00, quali appunto le CRA, le Case di Riposo, le Comunità alloggio/appartamenti protetti, anche comunità di tipo familiare con funzioni di accoglienza a bassa intensità assistenziale, che accolgono fino a un massimo di sei persone in difficoltà, non soggette all'obbligo di autorizzazione al funzionamento, ma unicamente alla Segnalazione certificata di inizio attività "SCIA" presentata al Sindaco del Comune del territorio. Al 31/12/20 si contano 37 Case famiglia sul territorio provinciale con 219 ospiti.

I **Consultori familiari** si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia. Negli ultimi anni sono state sviluppate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori dei consultori, con particolare riferimento al percorso nascita, all'età adolescenziale, alle tematiche della menopausa.
All'interno dei consultori sono presenti anche servizi specifici dedicati a definite fasce di popolazione :

- spazio donne immigrate e loro bambini, spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato alle donne immigrate, con tutte le attività proprie dei consultori e con percorsi facilitati in presenza di mediatori culturali;
- spazio giovani , spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato ai ragazzi e ragazze tra i 14 e i 20 anni, con attività socio sanitarie, e importanti attività di prevenzione e educazione sanitaria;
- spazio giovani adulti , dedicato ai giovani tra i 20 e i 34 anni, ad accesso libero, con attività di educazione sanitaria e assistenziale rivolte prevalentemente alla salute riproduttiva , alla preservazione della fertilità, alla consapevole pianificazione familiare.

Per quanto riguarda la **Prevenzione**, Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è l'articolazione organizzativa aziendale, descritta nell'organigramma a pagina 24, preposta alla organizzazione ed alla promozione delle attività di tutela della salute della popolazione e di prevenzione primaria in ambienti di vita e di lavoro, delle attività di sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare. Le principali funzioni del DSP sono:

- Analisi, promozione, orientamento, assistenza, controllo e vigilanza su problemi di salute, su strutture e attività correlate, ma anche sui fattori determinanti il benessere della collettività; Il DSP assicura la trasparenza dei metodi, indipendenza di valutazione, uniformità tecnica e correttezza procedurale nell'azione di vigilanza. Persegue la massima efficacia attraverso un approccio multi professionale, la scelta delle prassi più efficaci, il coordinamento e l'integrazione interna e con altri Organismi di controllo, la verifica dei risultati;
- Ricerca dell'appropriatezza degli interventi mediante il miglioramento continuo (basato sulla promozione dell'accreditamento delle strutture e del sistema procedurale delle attività espletate) anche attraverso percorsi formativi, contribuendo e partecipando ad alleanze con tutti i soggetti coinvolti;
- Risposta ai problemi della cronicità, promuovendo l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

Dalla seconda metà del mese di febbraio 2020 il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti e si è dedicato all'emergenza Covid-19. Nel 2020 sono stati gestiti 13.124 casi positivi, 26.865 persone in quarantena in quanto contatti stretti, 5.159 persone in isolamento fiduciario in quanto rientrati da aree a rischio.

3.4.I dati di attività

Detto della strutturazione dell'offerta di servizi sanitari nei paragrafi precedenti, di seguito si riportano i dati di attività principali dell'Assistenza Ospedaliera, in termini di ricoveri, dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in termini di prestazioni, dell'Assistenza PS, in termini di accessi e prestazioni; inoltre vengono illustrati i dati salienti dei Servizi Territoriali, della Salute Mentale e della Sanità Pubblica.

Assistenza Ospedaliera

La popolazione assistita dall'AUSL di Parma mostra nel complesso un Tasso Standardizzato di Ospedalizzazione sensibilmente più elevato di quello della media regionale, dato in calo in un trend storico. Tra i distretti a spiccare è quello Sud Est, 126,5, mentre quello di Valli Taro e Ceno si colloca appena al di sopra della media regionale, 116,9.

Tabella n. 9: Tasso Ospedalizzazione Standardizzato per 1.000 residenti, distretti AUSL di Parma anni 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Parma	158,4	151,2	147,1	147,5	143,8	125,5
Fidenza	153,6	150,7	144,2	143,8	137,7	121,8
Valli Taro e Ceno	150,4	144,8	144,8	144,4	145,2	116,9
Sud Est	158,5	150,6	148,6	149,5	146,8	126,5
AUSL Parma	**156,1**	**150**	**146,3**	**146,4**	**142,8**	**123,7**
Totale Regione	148,4	144,5	141,4	139,2	137,7	116,1

Composizione della produzione tra ricoveri in Regime Ordinario e in Day Hospital negli anni 2019 e 2020.

Tabella n. 10: Produzione provinciale per regime ricovero, anni 2019-2020

	Dimessi Anno 2019			Dimessi Anno 2020		
Struttura	**Regime Ordinario**	**Regime D. H.**	**Totale**	**Regime Ordinario**	**Regime D. H.**	**Totale**
Ospedale Fidenza	9.517	2.173	11.690	7.349	1.361	8.710
Ospedale Borgo Val di Taro	2.944	430	3.374	2.038	245	2.283
Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	38.512	7.031	45.543	34.435	5.314	39.749
Ospedali Priv. Accreditati	15.560	6.340	21.900	13.417	5.583	19.000
Totale	**66.533**	**15.974**	**82.507**	**57.239**	**12.503**	**69.742**

Giornate di degenza ordinaria per Presidio di ricovero e anno di dimissione negli anni 2018-2020 (consolidato senza mob. Pass.)

Tabella n. 11: Giornate di degenza 2018 – 2020 (consolidato senza mob. pass.)

Presidio di ricovero	**2018**	**2019**	**2020**
Presidio Ospedaliero Aziendale *- Ospedale Fidenza* *- Ospedale Borgo Val di Taro*	88.901 *69.845* *19.056*	89.133 *70.595* *18538*	70.245 *54.596* *15.649*
Osp. privato Città di Parma	47.527	46.759	40.276
Osp. privato Hospital Piccole Figlie	15.833	15.786	15.568
Osp. privato Villa Maria Luigia	31.120	33.458	25.111
Osp. privato Villa Igea	13.827	13.630	7.897
Osp. privato Hospital Val Parma	15.484	15.774	13.748
Osp. privato Fondazione Don Carlo Gnocchi	24.423	24.623	21.319
Osp. privato Centro Cardinal Ferrari	29.944	28.522	28.067
Totale	**267.059**	**267.685**	**222.067**
Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	302.876	306.475	275.873

Le attività di Pronto Soccorso

E' evidente come i consumo degli accessi al Pronto Soccorso abbia risentito notevolmente dello straordinario impatto del Covid-19. Il consumo di accessi al Pronto Soccorso espresso con l'Indice Standardizzato di Consumo mostra come la media aziendale, anche per l'anno 2020, sia significativamente inferiore rispetto a quella regionale; tra i diversi distretti spicca il dato basso del Distretto Sud Est. Sostanzialmente in un quadro provinciale di accessi moderati al Pronto Soccorso si conferma come la domanda sia strettamente correlata con l'offerta del servizio sul territorio.

Tabella n. 12: Indice di Consumo standardizzato accessi al PS, anni 2015-2020

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Parma	300,1	304,4	310,3	306,8	307	204,7
Fidenza	333,4	332,2	333,1	340,9	339,7	227,8
Valli Taro e Ceno	304,1	299,3	313,2	313,1	314,5	198,2
Sud Est	262,9	268,9	275,4	272	269,8	183,5
AUSL Parma	**301,8**	**304,2**	**310**	**309,4**	**308,9**	**205,9**
Regione Emilia Romagna	376,9	380,3	382,3	388	391	265,1

Gli accessi al Pronto Soccorso nel corso dell'anno 2020, sono stati 95.236, di cui ben 69.774 nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Le strutture dei Presidi aziendali di Fidenza, 17.340 accessi, e Borgo Val di Taro, 4.472, hanno numeri nettamente più contenuti.

Tabella n. 13: Accessi al PS, assistiti dell'AUSL di Parma, anno 2020

	PS Borgo Val di Taro	PS Fidenza	PS AOUPR	Mobilità Infra	Totale
Parma	350	627	44.895	1.347	47.219
Fidenza	57	15.421	8.447	443	24.368
Valli Taro e Ceno	3.955	1.080	4.089	144	9.268
Sud Est	110	212	12.343	1.716	14.381
AUSL Parma	**4.472**	**17.340**	**69.774**	**3.650**	**95.236**

L'Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture PS, che naturalmente riflette per i tre distretti su cui insiste un PS la presenza di una offerta, mentre per il Distretto Sud Est spicca il ricorso alla mobilità infraregionale, segnatamente verso il confinante Pronto Soccorso dell'Ospedale Franchini di Montecchio (RE).

Tabella n. 14: Indice di Dipendenza della Popolazione dalla Struttura, anno 2020

	PS Borgo Val di Taro	PS Fidenza	PS AOUPR	Mobilità Infra	Totale
Parma	0,74	1,33	95,08	2,85	100,00
Fidenza	0,23	63,28	34,66	1,82	100,00
Valli Taro e Ceno	42,67	11,65	44,12	1,55	100,00
Sud Est	0,76	1,47	85,83	11,93	100,00
AUSL Parma	**4,70**	**18,21**	**73,26**	**3,83**	**100,00**

Per quanto concerne la produzione si rileva come si attesti ad un livello superiore rispetto al consumo, anche in questo caso la quota maggiore è espressa dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, con 79.075 accessi su 104.971 complessivi.

Tabella n. 15: Produzione accessi al PS strutture provinciali, anno 2020

	Parma	Fidenza	Valli TC	Sud-Est	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale
PS Borgo Val di Taro	350	57	3.955	110	71	576	5.119
PS Fidenza	627	15.421	1.080	212	2.234	1.203	20.777
PS AOU PR	44.895	8.447	4.089	12.343	3.022	6.279	79.075
Totale	**45.872**	**23.925**	**9.124**	**12.665**	**5.327**	**8.058**	**104.971**

La dipendenza delle strutture PS dalla popolazione, è strettamente legata all'ubicazione delle stesse, risaltano, però, la quota di accessi da mobilità infraregionale per l'Ospedale di Fidenza, e quella extraregionale dell'Ospedale di Borgo Val di Taro, in entrambi i casi le ragioni sono da ricercarsi nella contiguità geografica con comuni di altre province e altre regioni.

Tabella n. 16: Indice di Dipendenza della Struttura dalla popolazione, anno 2020

	Parma	Fidenza	Valli T-C	Sud-Est	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale
PS Borgo Val di Taro	6,84	1,11	77,26	2,15	1,39	11,25	100,00
PS Fidenza	3,02	74,22	5,20	1,02	10,75	5,79	100,00
PS AOU PR	56,78	10,68	5,17	15,61	3,82	7,94	100,00
Totale	**43,70**	**22,79**	**8,69**	**12,07**	**5,07**	**7,68**	**100,00**

Assistenza Territoriale

Assistenza Specialistica

In termini di Indice di Consumo Standardizzato di prestazioni di specialistica ambulatoriale la popolazione dell'AUSL di Parma si colloca, a differenza di quanto visto per i ricoveri ospedalieri, su un livello sensibilmente inferiore a quello regionale; il trend quinquennale si mostra in leggero aumento fino all'anno 2019, mentre nel corso dell'anno 2020 la situazione è mutata a causa dell'emergenza Covid-19.

Tabella n. 17: Indice di Consumo Standardizzato prestazioni specialistica ambulatoriale, anni 2015-2020 (dato consolidato con mob. Pass. Extrarer 2019)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (con mob.pass. extrarer 2019)
Parma	11.912,70	12.492,00	13.358,40	14.744,90	15.222,10	12.194,60
Fidenza	12.246,40	11.750,60	12.065,20	12.878,50	12.876,30	9.305,50
Valli Taro e Ceno	14.398,20	13.522,60	14.232,20	14.407,00	13.933,30	11.570,30
Sud Est	14.777,60	14.353,30	14.838,60	15.073,40	14.877,10	12.114,70
AUSL Parma	**14.147,40**	**13.081,70**	**13.893,70**	**14.319,70**	**14.554,60**	**11.084,80**
Regione Emilia Romagna	13.040,20	12.078,80	13.037,80	13.641,10	13.989,80	11.090,40

Nel corso dell'anno 2020 la popopolazione assistita dall'AUSL di Parmasi è avvalsa di 4.373.353 prestazioni suddivise rispetto alla tipologia di prestazione, aggregazione di livello 1.. Confrontando i dati con quelli dell'anno 2019 si rileva una variazione di rilievo sia nei livelli che nella composizione della domanda soddisfatta a causa della pandemia.

Tabella n. 18: Consumi di prestazioni per tipologie assistenziali, anni 2019-2020

		2019	2020	ΔAss	Δ %
AUSL PARMA	D-Diagnostica	689.803	473.061	-216.742	-31,42%
	L-Laboratorio	4.263.074	3.143.050	-1.120.024	-26,27%
	R-Riabilitazione	214.861	150.062	-64.799	-30,16%
	T-Terapeutica	228.892	178.468	-50.424	-22,03%
	V-Visite	654.200	421.156	-233.044	-35,62%

	CODICI EXTRA-RER	7.556	7.556	0	0,00%
	Totale	**6.058.386**	**4.373.353**	**-1.685.033**	**-27,81%**

Di seguito il confronto della produzione del sistema provinciale suddivisa per ambito di erogazione e aggregazione di primo livello delle prestazioni; siamo in presenza di una riduzione della produzione nell'anno 2020,alla luce dell'emergenzaCovid-19.

Tabella n. 19: Produzione provinciale per ambito di erogazione, anni 2019-2020

	AZIENDA USL	AOU PR	Strutture Private	Totale	AZIENDA USL	AOU PR	Strutture Private	Totale
	2019				2020			
D-Diagnostica	241.317	263.905	206.026	711.248	149.861	170.028	162.717	**482.606**
L-Laboratorio	2.650.189	1.690.077	27.295	4.367.561	1.664.934	1.392.308	118.988	**3.176.230**
R-Riabilitazione	86.571	16.758	114.908	218.237	59.042	6.463	85.042	**150.547**
T-Terapeutica	72.377	150.798	14.472	237.647	50.027	121.032	10.943	**182.002**
V-Visite	275.475	331.523	77.596	684.594	162.442	208.272	59.521	**430.235**
Totale	**3.325.929**	**2.453.061**	**440.297**	**6.219.287**	**2.086.306**	**1.898.103**	**437.211**	**4.421.620**

La tabella seguente riporta le prestazioni prenotate, sospese e recuperate al 31/12/2020, secondo il format fornito dalla regione per il monitoraggio dei recuperi. In particolare, nella colonna G ci sono le reali prestazioni che sono state gestite: solo prenotate, prenotate ed erogate, rinunce all'appuntamento (disdette cittadino o rinuncia derivante dal triage telefonico) e rivalutazione del medico.
Non è possibile calcolare la percentuale esatta delle gestite in quanto, nel periodo della prima ondata di Covid-19, alcune prestazioni sono state lasciate non lavorate, pur avendole recuperate, e altre, prenotate a persone che sono poi decedute. Inoltre, le prestazioni sospese includono sia le prenotazioni a CUP che tutte le prestazioni di presa in carico.

Tabella n. 20: Prestazioni prenotate, sospese e recuperate

Azienda AUSL + AOSP+IRCSS	**Tipologia attivita'**	**N° prestazioni sospese totali SSN (prenotato non erogato) dal 9 marzo**	***di cui SSN s. pubbliche***	***di cui SSN privati accreditati***	**N° di prestazioni gia' gestite (erogate o meno)**	**% gestite/recuperate**
	A	B	D	E	G	G/B
PR	V1 - prime visite	45.665	*41.044*	*4.621*	40.723	89%
PR	V2 - visite successive	71.041	*68.836*	*2.205*	6.3053	89%
PR	D - diagnostica	87.866	*70.813*	*17.053*	80.979	92%
PR	T - p. terapeutiche (escluso T51)	1.975	*1.513*	*462*	1.647	83%
PR	R - p. riabilitazione	910	*901*	*9*	852	94%
PR	T5 - p. chirurgiche	2.913	*2.864*	*49*	2.723	93%
PR	L1 - laboratorio (solo prelievo)	27.263	*27.040*	*223*	25.969	95%
PR	altro.....	251.359	*248.109*	*3.250*	240.900	96%
PR	**Totale**	**488.992**	***461.120***	***27.872***	**456.846**	**93%**

Assistenza Domiciliare

I pazienti interessati dal Servizio di Assistenza Domiciliare nel corso dell'anno 2020 sono stati 9.838, 610 in più rispetto all'anno 2019. Nel 89,5 % dei casi si tratta di assistiti con età superiore ai 64 anni con particolare concentrazione nella fascia oltre gli 84, dove la percentuale è del 47,2% sul Totale. Per quanto riguarda il volume degli accessi e dell'utenza coinvolta tenendo conto dei livelli di intensità assistenziale, si evidenzia come il livello di bassa intensità, rappresenta sempre la quota principale con il la quasi totalità degli utenti assistiti e degli accessi effettuati.

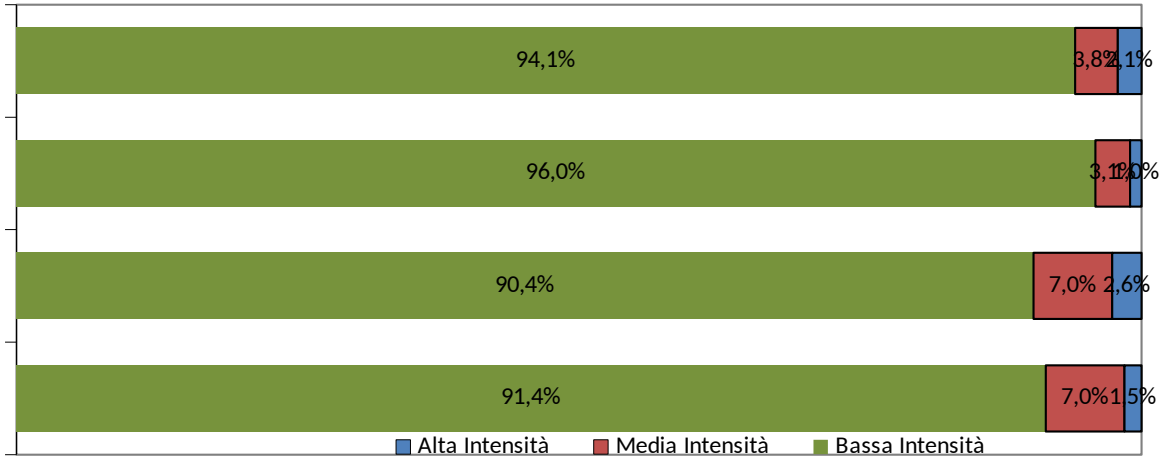
Tabella n. 21: Utenti in carico ADI. Anni 2019 – 2020

UTENTI			
	ANNO 2019	**ANNO 2020**	***Δ %***
Parma	4.151	4.597	10,7%
Fidenza	2.013	2.260	12,3%
Valli Taro e Ceno	1.335	1.284	-3,8%
Sud - Est	1.729	1.697	-1,9%
Ausl Parma	**9.228**	**9.838**	**6,6%**

Tabella n. 22: Episodi ADI ed utenti relativi alla popolazione >= 65 - anno 2020

	Residenti	Episodi	Utenti ADI	Utenti/Residenti
Parma	50.162	4.597	4.080	8,13%
Fidenza	24.601	2.260	2.047	8,32%
Valli Taro e Ceno	12.768	1.284	1.154	9,04%
Sud - Est	17.893	1.697	1.534	8,57%
Ausl Parma	**105.424**	**9.838**	**8.815**	**8,36%**

Grafico n. 2: Tipologia dei livelli di intensità assistenziale (valori %). Anni 2019 – 2020



Cure intermedie

L'attività svolta nell'ambito delle Cure Intermedie nell'anno 2020 ha risentito in modo particolare dell'effetto pandemico. L'attività svolta nelle strutture delle Cure Intermedie nell'anno 2020, così come recepita dalla Regione, ha coinvolto 703 dimessi. Nella struttura di San Secondo Parmense, costituita da tre moduli funzionali, sono stati effettuati 27 ricoveri presso l'Ospedale di Comunità per 575 giornate di occupazione del posto letto, 35 nel Modulo di Riabilitazione Estensiva per 392 giornate e 362 nella Lungo Assistenza per 7.589 giornate. Nella Lungo Assistenza di Borgo Val di Taro risultano 126 dimissioni per 3.055 giornate totali. I recenti Ospedali di Comunità di Collecchio, di Langhirano e di Colorno hanno assistito pazienti per 51 dimessi per 1.992 giornate il primo, 90 dimessi per 2.214 giornate il secondo e 12 per 447 giornate il terzo. L'elevato numero di dimessi e di giornate di degenza effettive è giustificato dall'apertura del corpo M di Vaio (32 p.l. di Lungoassitenza e 20 p.l. di Hospice/Cure Palliative) e dalla creazione di 38 posti letto di Lungoassitenza a San Secondo a partire dal 22/04/2020, in luogo dei preesistenti 10 letti. L'incremento delle dimissioni dalla Lungoassitenzae l'incremento delle giornate di degenza effettive in Lungoassitenza rispetto al 2019 è dovuto al fatto che dal 24.03.2020 tutti i letti sono stati riclassificati in "Lungoassitenza" (i setting "Ospedale di Comunità" e "Riabilitazione Estensiva" non sono più attivi dal 10/03/2020). I letti di Lungoassitenza sono stati fisicamente localizzati al Corpo M di Vaio dal 24.03 al 22.04.20, nei rimanenti periodi a San Secondo.

La componente femminile costituisce la maggioranza con il 56%. Il 86%% circa dei casi proviene da Ospedale pubblico o privato e il 69,8% dei ricoveri è proposto da un medico del Sistema Sanitario diverso dal medico di medicina generale. La " modalità Dimissione Ordinaria è stata la modalità prevalente di dimissione (42,5%).

Tabella n. 23: Posti Letto Cure Intermedie

	PARMA	COLORNO	SAN SECONDO	BORGO VAL DI TARO	LANGHIRANO	COLLECCHIO	AUSL
Posti letto	20	6	30	18	6	6	**86**

Tabella n. 24: Dimessi e giornate effettive di assistenza, anni 2018 – 2020

	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ % 2020-2019
Ospedale di Comunità di San Secondo P.se	104	111	27	-75,7%
Modulo di Riabilitazione Estensiva di San Secondo P.se	122	127	35	-72,4%
Lungo Assistenza di San Secondo P.se	111	108	362	235,2%
Lungo Assistenza di Borgo Val di Taro	147	160	126	-21,3%
Ospedale di Comunità di Collecchio	65	74	51	-31,1%
Ospedale di Comunità di Langhirano	69	79	90	13,9%
Ospedale di Comunità di Colorno	51	47	12	-74,5%
AUSL PR	618	706	**703**	**-0,4%**

Tabella n. 25: Principali dati di attività. Anni 2019- 2020

	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020
Degenza media di San Secondo P.se	22,3	21,7	20,2
Degenza media di Borgo Val di Taro	32,2	31,9	24,2
Degenza media di Collecchio	2,18	21,5	39,1
Degenza media di Langhirano	27,1	21,9	24,6
Degenza media di Colorno	-	23,1	37,3
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso: San Secondo P.se	0,0%	0,0%	3,1%
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso: Borgo Val di Taro	2,0%	4,4%	4,0%
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso: Collecchio	0,0%	1,4%	2,0%
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso: Langhirano	0,0%	1,3%	0,0%
	-	0,0%	0,0%

Assistenza Residenziale Hospice

Nel territorio di riferimento dell'Azienda Usl di Parma operano quattro Hospice, presenti in tutti i Distretti sanitari, per un Totale di 49 posti letto adibiti al bisogno assistenziale delle cure palliative. Considerando la popolazione residente all'1 gennaio 2020 si ottiene un indice di 10,8 posti letto per 100.000 residenti. Nel corso dell'anno 2020 sono stati dimessi 669 pazienti, 92 in meno rispetto all'anno precedente e la degenza totale, 13.728 giornate, è risultato un decremento di 2.251 giorni. La distribuzione delle età dei dimessi vede la fascia "75-84 anni" preponderante con il 30,9% dei casi seguita dalle fasce ">84 anni" con il 29,9% e "65-74 anni" con il 21,8%.

L'incidenza della patologia neoplastica maligna fra gli assistiti si conferma la più diffusa con il 71%. L'analisi dei tempi di attesa riguarda i dati riferiti al tempo intercorso tra la data di prenotazione e la data di ricovero in Hospice e si richiama alla indicazione del Decreto N° 43 del 22 febbraio 2007, indicatore n° 6, il cui valore, ottenuto dividendo il numero di dimessi nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore a 3 giorni con il Totale dei dimessi, sia uguale o superiore al 40%. A livello aziendale il 94,3% dei casi rispetta questo parametro, la media regionale si attesta al 67,9%.

Tabella n. 26: Posti LettoHospice

	PARMA	FIDENZA	BORGO VAL DI TARO	LANGHIRANO	AUSL
Posti letto	16	15	8	10	**49**
Posti letto per 100.000 residenti in Provincia di Parma					10,8

Tabella n. 27: Dimessi e giornate di degenza Hospice

	DIMESSI			GIORNATE DI DEGENZA		
	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %	ANNO2019	ANNO2020	Δ %
Parma	275	268	-2,5%	5.589	5.274	-5,6%
Fidenza	273	237	-13,2%	5.145	4.413	-14,2%
Valli Taro e Ceno	100	81	-19,0%	2.585	2.465	-4,6%
Sud Est	113	83	-26,5%	2.657	1.576	-40,7%
AUSL Parma	**761**	**669**	**-12,1%**	**15.976**	**13.728**	**-14,1%**

Grafico n. 3: Patologie prevalenti Hospice

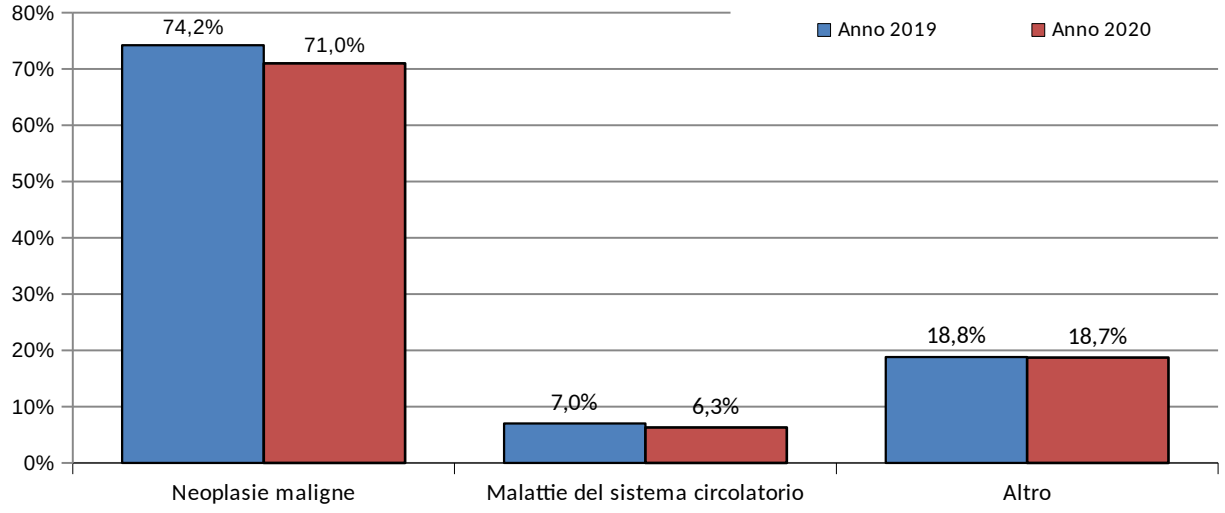
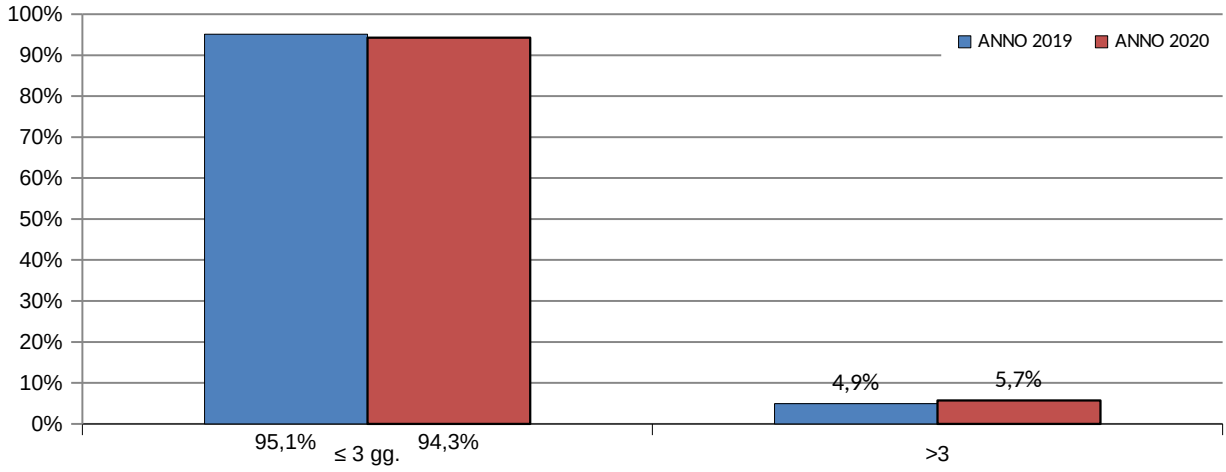


Grafico n. 4: Tempi di attesa ricovero in Hospice



Assistenza Consultoriale

Nell'ambito della rete delle cure primarie i Consultori familiari aziendali costituiscono un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e il benessere psico-relazionale della popolazione di riferimento (donne dai 15 ai 64 anni e, soprattutto per lo Spazio Giovani, anche gli adolescenti maschi) recependo anche i dispositivi legislativi in tema di disciplina di adozione e affidamento dei minori. Rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al Servizio Sanitario per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con particolare riferimento a quella straniera. L'attività d'equipe multidisciplinare, mira a formulare un piano di assistenza e intervento all'interno di una cornice di senso e di pensiero sempre attenta alle nuove istanze di una mutevole società. Superare il binarismo di genere e la genitorialità tradizionale, avviare una transizione verso le nuove famiglie plurinucleari sono i nuovi imperativi assistenziali da perseguire.

Nel corso dell'anno 2020 sono state 30.456 le utenti afferenti e tutte le aree assistenziali della rete consultoriale, in leggero calo rispetto all'anno precedente. Il calo delle utenti è generalizzato in quasi tutte macro aree di assistenza, eccetto nelle aree Assistenza Ostetrica in Gravidanza e Controllo della Fertilità. La quota preponderante dell'utenza risulta a carico della l'area Assistenza Ostetrica in Gravidanza con il 37%, Prevenzione oncologica con il 25,2%. e a seguire l'Area Ginecologia con il 16,1%.

Tabella n. 28: Utenti per macroaree di assistenza, anni 2019-2020

	Anno 2019	Anno 2020	Δ %
Assistenza Ostetrica in Gravidanza	6.761	6.329	-6,40%
di cui straniere	3.257	3.058	-2,21%
Assistenza Al Puerperio / Sostegno all'Allattamento al Seno	3.350	2.624	-21,70%
di cui straniere	1.097	865	-21,10%
Ivg	1.055	1.091	3,40%
di cui straniere	550	472	-14,20%
Controllo della Fertilita'	3.173	3.161	-0,40%
di cui straniere	792	732	-7,60%
Menopausa	1.249	463	-62,90%
di cui straniere	111	47	-57,70%
Ginecologia	10.211	7.819	-23,40%
di cui straniere	2.384	1.869	-21,60%
Prevenzione Oncologica/Oncologia	22.743	16.190	-28,80%
di cui straniere	3.811	2.900	-23,90%
Sterilita'	29	17	-41,40%
di cui straniere	16	9	-43,80%
Psicologia – Sessuologia – Adozione/Affido - Alimentazione	446	453	-7%
di cui straniere	60	45	-15%
Totale Utenti	**39.053**	**30.456**	**-22,00%**
di cui straniere	**8.203**	**6.836**	**-16,70%**

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Nell'ambito delle attività svolte dai Servizi della Salute Mentale Adulti, nel corso dell'anno 2020 rispetto al 2019 si è registrata una riduzione nel primo semestre, mentre nel secondo i livelli sono risultati sostanzialmente sovrapponibili a quelli dell'anno precedente. Il numero dei pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale si è mantenuto sui livelli elevati raggiunti negli ultimi quattro anni, dimostrando che, pur nella pandemia, i servizi hanno avuto una loro "tenuta"

Tabella n. 29: LEA Territoriale - Centri di salute mentale. Pazienti trattati Anno 2020 per semestre

	Parma	Fidenza	Sud-Est	Valli Taro-Ceno	Totale

Primo semestre	3.416	1.290	1.133	719	**6.558**
Secondo semestre	3.822	1.598	1.094	761	**7.275**

Tabella n. 30: LEA Territoriale - Centri di salute mentale. Pazienti trattati Anno 2019 per semestre

	Parma	Fidenza	Sud-Est	Valli Taro-Ceno	Totale
Primo semestre	3.938	1.359	1.292	786	**7.375**
Secondo semestre	3.798	1.360	1.319	787	**7.264**

I Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati con **Budget di Salute** sono in progressivo incremento, in applicazione alla Delibera 1554/2015, secondo quanto stabilito dalle direttive Regionale ed Aziendale e condiviso in sede di tavolo regionale "Programma per l'Autonomia possibile e Budget di Salute".

Tabella n. 31: Assi di intervento progetti Budget di salute. Anno 2020

Distretto	Lavoro/socialità	Domiciliarità	Domiciliarità/socialità	Domiciliarità/lavoro	Socialità	Totale
Parma	33	26	28	3	11	**101**
Fidenza	8	5	5	0	1	**19**
Sud Est	23	5	0	0	0	**28**
Valli	1	4	12	3	5	**25**
Totale	**65**	**40**	**45**	**6**	**17**	**173**

I Budget di Salute, rispetto al dato dello scorso anno, passano da 158 a 173.
Di seguito viene riportato l'andamento nel tempo dei progetti con Budget di Salute in relazione agli affidamenti nel periodo 2015-20.

Tabella n. 32: Budget di salute: assegnazioni ex gara 2015-2020

Anno	Consorzio Zenit	Consorzio Solidarietà sociale	Aurora Domus	Consorzio Fantasia	Altri	Totale
2015	31	40	13	8	9	**101**
2016	28	45	19	11	9	**112**
2017	25	49	18	11	13	**116**
2018	29	66	16	10	14	**135**
2019	40	73	20	12	13	**158**
2020	43	81	24	14	11	**173**

I dati relativi al **segmento ospedaliero** indicano una riduzione del numero dei ricoveri ed un parallelo aumento della gravità/complessità dei casi trattati complessità, nonché delle difficoltà socio-ambientali.

Tabella n. 33: SPDC. Anni 2016-2020

SPDC	2016	2017	2018	2019	2020
Ricoveri	491	462	421	339	250
di cui da altre province/regioni/non residenti	79	62	69	62	32
TSO totali	108	83	95	93	87
TSO durante ricovero	100	77	89	85	2
Contenzioni	20	14	5	6	3

Giornate di degenza tot.	5.035	4.999	5.033	4.712	3.675
Degenza media	10	11	11,9	14,3	15,2
Presenza media giornaliera	13,7	13,8	13,8	12,9	10
Indice occupazione letti	91%	92%	92%	86%	83%

Tabella n. 34: SPOI. Anni 2016-2020

SPOI	2016	2017	2018	2019	2020
Ricoveri	372	353	337	309	148
Giornate di degenza	5.583	5.709	5.775	5.160	2.609
Degenza media	14,3	15,8	17,1	16,7	17,6

Tabella n. 35: Degenze medie Ospedale Privato Accreditato Maria Luigia. Anni 2016-2020

Reparti	2016	2017	2018	2019	2020
SPOI (8 posti)	8,2 gg	9,4 gg	10,8 gg	8,7 gg	8,6 gg
RTI (10 posti)	27,7 gg	36,24 gg	37,7 gg	27,1 gg	41,8 gg
RTS DD (7 posti)	23,2 gg	18,21 gg	25,3 gg	22,9 gg	28,6 gg
RTS alcologia	23,4 gg	23,31 gg	24,3 gg	24,7 gg	29,8 gg
RTS DCA	38,8 gg	45 gg	27,2 gg	25,3 gg	35,7 gg
RTP	125,4 gg	88 gg	82,6 gg	46,8 gg	99 gg
Psicogeriatria (5 posti)	36,9 gg	46,76gg	51,11gg	35,9 gg	41,5 gg

Area **Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza**.

Tabella n. 36: RTI-P/M San Polo di Torrile. Anni 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Ricoveri Complessivi	62	72	66	61	58
Ricoveri in RTI	34	46	45	42	37
Ricoveri in RTP	28	26	21	19	21

Tabella n. 37: Ricoveri di minori per Trattamenti Intensivi. Anno 2020

RICOVERI	
Ausl di Parma	25 ricoveri che hanno generato 593 giornate in favore di 22 pazienti
Ausl di Piacenza	7 ricoveri che hanno generato 150 giornate in favore di 7 pazienti
Ausl di Reggio Emilia	1 ricovero che ha generato 16 giornate
Ausl di Modena	3 ricoveri che hanno generato 61 giornate in favore di 2 pazienti
ExtraRER	1 ricovero che ha generato 31 giornate

Dipendenze Patologiche

L'analisi dei dati relativi all'utenza nell'ambito dell'Area DP nel complesso evidenzia una sostanziale stabilità nelle prese in carico nelle tre aree problematiche nonostante la diminuzione del numero di nuovi

programmi attivati specie per Alcool e Gioco. Sono diminuiti anche i soggetti non in carico ma con prestazioni.

Tabella n. 38: Utenza. Anni 2017-2020

		2017	2018	2019	2020
Droghe e/o farmaci	Nuovi in carico	195	158	180	129
	Già conosciuti in carico	1.125	1.129	1.123	1158
	Totale parziale (in carico)	**1.320**	**1.287**	**1.303**	**1.287**
	Non in carico con prestazioni	769	782	870	725
	Totale	**2.089**	**2.069**	**2173**	**2.012**
Alcol	Nuovi in carico	112	138	98	88
	Già conosciuti in carico	404	420	400	416
	Totale parziale (in carico)	**516**	**558**	**498**	**504**
	Non in carico con prestazioni	566	549	617	241
	Totale	**1.082**	**1.107**	**1115**	**745**
Gioco d'Azzardo	Nuovi in carico	39	32	34	11
	Già conosciuti in carico	70	72	73	80
	Totale parziale (in carico)	**109**	**104**	**107**	91
	Non in carico con prestazioni	31	28	35	23
	Totale	**140**	**132**	**142**	**114**

Tabella n. 39: Prestazioni totali. Anni 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Totale prestazioni	124.678	121.906	122.711	109.466

Si segnala, per quel che riguarda gli ospiti seguiti presso le strutture riabilitative, una lieve aumento del numero di persone che ne hanno usufruito ed una concomitante diminuzione delle giornate di inserimento

Tabella n. 40: Inserimenti in comunità terapeutiche anni 2017-2020 (non sono presenti i budget di salute realizzati)

Utenti e giornate				
	Anno 2017	**Anno 2018**	**Anno 2019**	**Anno 2020**
Utenti	155	153	147	151
Giornate	31.112	29.757	32.508	27.462

È proseguita l'attività negli **istituti penitenziari**, in forma integrata con gli interventi di Salute Mentale.

Nella tabella seguente vengono illustrate le attività rivolte alle problematiche di dipendenza: si evidenzia una sostanziale stabilità, pur di fronte aduna maggiore complessità e multi problematicità dei casi seguiti.

Tabella n. 41: Assistenza negli Istituti Penitenziari. Anni 2017-2020

SMA-DP Istituti Penitenziari	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**	
	Alcol	**Droghe**	**Alcol**	**Droghe**	**Alcol**	**Droghe**	**Alcol**	**Droghe**
Nuovi in carico	13	64	5	61	14	77	4	56
Già conosciuti in carico	14	117	19	129	9	132	12	123
Totale parziale (in carico)	**27**	**181**	**24**	**190**	**23**	**209**	**16**	**179**
Non in carico con prestazioni	11	56	7	57	9	72	12	83
Totale	**38**	**237**	**31**	**247**	**32**	**281**	**28**	**262**

Assistenza in strutture protette e centri diurni per anziani

L'assistenza garantita dalle strutture protette e dai centri diurni per anziani nel corso del 2020 ha risentito in maniera importante della situazione pandemica legata alla diffusione del Covid-19.

Per questi servizi, e in particolare per le strutture protette, la pandemia ha comportato una nuova organizzazione finalizzata alla tutela dei propri ospiti. Gli Enti gestori, hanno dovuto suddividere gli spazi al loro interno in zone rosse e grigie, con l'impiego di posti letti e stanze dedicate all'isolamento e quindi non occupabili.

I dati relativi agli anziani assistiti nelle Case Residenze (CRA) su posti accreditati e finanziati dal FRNA, non considerando però la totalità dei posti letti accreditati all'interno delle strutture, descrivono solo parzialmente quanto è avvenuto al loro interno durante il periodo della pandemia. Se infatti consideriamo solo il dato dei posti finanziati dal FRNA (esclusi quelli cosiddetti "a libero mercato") si osserva una situazione di stabilità rispetto a quella del 2019, sia per quanto riguarda i nuovi ingressi e il Totale delle persone che hanno utilizzato il servizio, sia per quanto riguarda la percentuale dei posti utilizzati, vicina al 100%. Questa stabilità, sembra in contrapposizione al numero ridotto e limitato di nuovi ingressi dovuto alle normative anti Covid e all'importante incremento dei decessi registrati all'interno delle strutture. Il dato, pertanto indica che "i nuovi ingressi" fanno riferimento più che altro allo scorrimento delle graduatorie per accedere ai posti finanziati FRNA di persone già ospiti della struttura, e non agli inserimenti di nuovi anziani provenienti dal territorio, avvenuti solo per quelle situazioni di particolare complessità e fragilità socio-assistenziale. Infine, l'aumento rispetto al 2019 del numero degli ingressi e del Totale delle

persone che hanno utilizzato il servizio, messo a confronto con il dato relativo alle giornate di presenza (in calo rispetto al 2019) confermano l'alto turn-over avvenuto all'interno delle strutture, appunto, per lo scorrimento delle graduatorie e il numero elevato dei decessi.

La paura che i propri anziani potessero ammalarsi all'interno delle strutture, ha determinato anche un calo da parte dei familiari della domanda di inserimento.

Al 31/12/2020 la percentuale del numero dei posti vuoti a libero mercato è pari al 90%.

Tabella n. 42: Anziani accolti nelle Case Residenze su posti accreditati Anno 2020

Distretto	N. Persone presenti al 01/01/2020	N. nuovi ingressi nell'anno	Totale Persone destinatarie accoglienza residenziale
Parma	772	281	**1.053**
Fidenza	382	240	**622**
Valli Taro-Ceno	222	110	**332**
Sud-Est	256	175	**431**
Totale	**1.632**	**806**	**2.438**

La situazione pandemica, ha inciso notevolmente anche per quanto riguarda l'assistenza semi-residenziale. Le prime riaperture, dopo la chiusura imposta con le strutture residenziali, a seguito del Decreto del Presidente della RER 113/20 sono tra la fine di luglio e l'inizio di agosto, con la presenza di un'utenza suddivisa in gruppi di 7 persone al massimo e spesso con progetti di frequenza altamente personalizzati. Sul territorio provinciale riprendono la loro attività 12 CD su i 37 presenti per arrivare ad un Totale di 19 CD aperti a fine 2020. Riaprono soprattutto nel Distretto di Parma e Sud-Est, 1 a Fidenza e 1 a Medesano, gli unici non attigui alle CRA. I dati riportano l'immagine di un territorio ferito, che ha visto venire meno uno dei servizi più importanti di sostegno alla domiciliarità. Rispetto al 2019 si registra una riduzione dei nuovi inserimenti pari al 25% e una riduzione del Totale delle persone che hanno utilizzato il servizio pari al 35%.

Tabella n. 43: Anziani accolti nei Centri Diurni su posti accreditati Anno 2020

Distretto	N. Persone presenti al 01/01/2020	N. nuovi ingressi nell'anno	Totale Persone destinatarie accoglienza semiresidenziale
Parma	235	133	**191**
Fidenza	150	23	**173**
Sud-Est	67	11	**78**
Valli Taro-Ceno	30	14	**47**
Totale	**482**	**181**	**489**

Tabella n. 44: Interventi di accoglienza temporanea di sollievo nelle Case residenze

Distretto	N. Ricoveri Anno 2020	N. giornate rimborsate Anno 2020
Parma	20	**454**
Fidenza	20	**614**
Valli Taro-Ceno	0	**0**
Sud-Est	15	**413**
Totale	**55**	**1.481**

Prevenzione

Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Dalla seconda metà del mese di febbraio 2020 il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti e si è dedicato all'emergenza Covid-19. Nel 2020 sono stati gestiti 13.124 casi positivi, 26.865 persone in quarantena in quanto contatti stretti, 5.159 persone in isolamento fiduciario in quanto rientrati da aree a rischio.
Sono stati eseguiti 55.338 tamponi a domicilio di cui 26.875 nelle CRA e 72.337 tamponi nei drive-through. Nel mese di novembre e dicembre inoltre sono stati eseguiti 9342 tamponi rapidi. Il servizio ha apportato campagne di screening sugli operatori dei centri estivi e sugli operatori dei centri diurni per anziani e disabili ed ha predisposto un percorso di reclutamento degli operatori del settori "carne e logistica" per un complessivo di circa 14000 lavoratori.
L'attività vaccinale è stata riprogrammata, come da indicazioni regionali, recuperando le vaccinazioni non eseguite nei mesi di sospensione dell'attività.

Tabella n. 45: Sorveglianza malattie infettive. Anni 2019 - 2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
Numero vaccinazioni totali	37.323	21.302	-43%
N° notifiche malattie infettive	3.120	13.165	+421%

In materia di igiene del territorio e ambiente costruito l'attività di vigilanza effettuata ha subito una diminuzione, a causa dell'emergenza Covid-19 e della conseguente chiusura di strutture ricettive e riduzione di richieste pareri per antigienicità.

Tabella n. 46: Igiene Ambiente Costruito. Anni 2019 - 2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
N° strutture controllate edifici ad uso pedagogico -scolastico	88	77	-12%
N° strutture ricettive controllate	86	26	-70%
N° pareri antigienicità, inconvenienti igienici, ricongiungimenti famigliari	213	174	-18%
N° pareri per strumenti urbanistici	91	58	-37%
N° pareri ambientali rilasciati	224	261	+16%

L'attività ambulatoriale di Medicina Sportiva è stata chiusa a causa dell'emergenza Covid-19 dal 10/3/2020 al 30/06/2020. A partire dal mese di luglio è ripresa provvisoriamente. L'attività ambulatoriale ha adeguato le proprie procedure alle attuali norme sul distanziamento sociale e sanificazione, traducendosi tale adeguamento in un tempo visita più lungo rispetto al precedente. Alla riapertura degli ambulatori il personale infermieristico ha provveduto alla ricalendarizzazione delle visite per recuperare quelle annullate a causa dell'emergenza Covid-19.

Tabella n. 47: Medicina dello Sport. Anni 2019 – 2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
N° soggetti visitati per rilascio certificazione attività sportiva	7.818	3.141	-60%

Relativamente agli accertamenti medico legali in forma collegiale, si è registrato un aumento dei tempi d'attesa per il riconoscimento delle disabilità causato dall'emergenza Covid-19. Il Servizio ha garantito l'effettuazione delle visite necroscopiche richieste in forte aumento a causa della pandemia (n. 1808 visite effettuate).

Tabella n. 48: Medicina Legale. Anni 2019 – 2020

	ANNO 2019	**ANNO 2020**	**Δ %**
Tempo medio d'attesa per visita in Commissione Medica riconoscimento invalidità civile	35	47	+34%
N. visite Commissione Medica riconoscimento Invalidità Civile /L.104	9.337	7.295	-22%
N. di sedute di Commissione Medica riconoscimento Invalidità Civile /L.104	1.035	748	-28%

Servizio Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro (SPSAL)

In materia di vigilanza e controllo in Ambienti di Lavoro, nell'anno 2020,si è raggiunto il 142% dell'obiettivo annuale regionale del 6%, rimodulato a seguito dell'emergenza Covid-19, comprensivo delle attività in orari non convenzionali. L'attività sanitaria ha risentito della contrazione della domanda, a cui si è garantito il 100% di risposta (279 visite sulle 412 di quelle previste).

Tabella n. 49: Servizio Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro. Anni 2019-2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
N° visite mediche su richiesta o d'iniziativa	2.430	1496	-38%
N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 c. 9 del DLgs. 81/2008)	55	58	+5%
N° malattie professionali registrate	235	188	-20%
N° Inchieste malattie professionali concluse	4	4	=
N° Inchieste infortuni concluse	94	62	-34%

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

Il servizio ha visto una riduzione delle attività svolte come conseguenza dell'emergenza Covid-19, a causa sia dell'impossibilità di effettuare l'attività istituzionale (chiusura esercizi di ristorazione) sia dell'impegno richiesto agli operatori SIAN nella gestione dell'emergenza a supporto del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.
Il Servizio ha comunque garantito il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla Regione Emilia-Romagna.

Tabella n. 50: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione. Anni 2019 – 2020

	ANNO 2019	**ANNO 2020**	**Δ %**
N° aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento controllate (comprese aziende agricole)	314	185	-42%
N° aziende di commercio ingrosso e minuto	225	152	-32%
N° aziende ristorazione pubblica tradizionale controllate	560	226	-60%
N° aziende ristorazione collettiva controllate	301	190	-38%
N° Totale campioni alimenti eseguiti	469	429	-9%

Sanità Pubblica Veterinaria

Il servizio ha garantito il rispetto dei Piani regionali e nazionali e della programmazione aziendale, pur con una riduzione su alcune attività a causa dell'emergenza Covid-19.

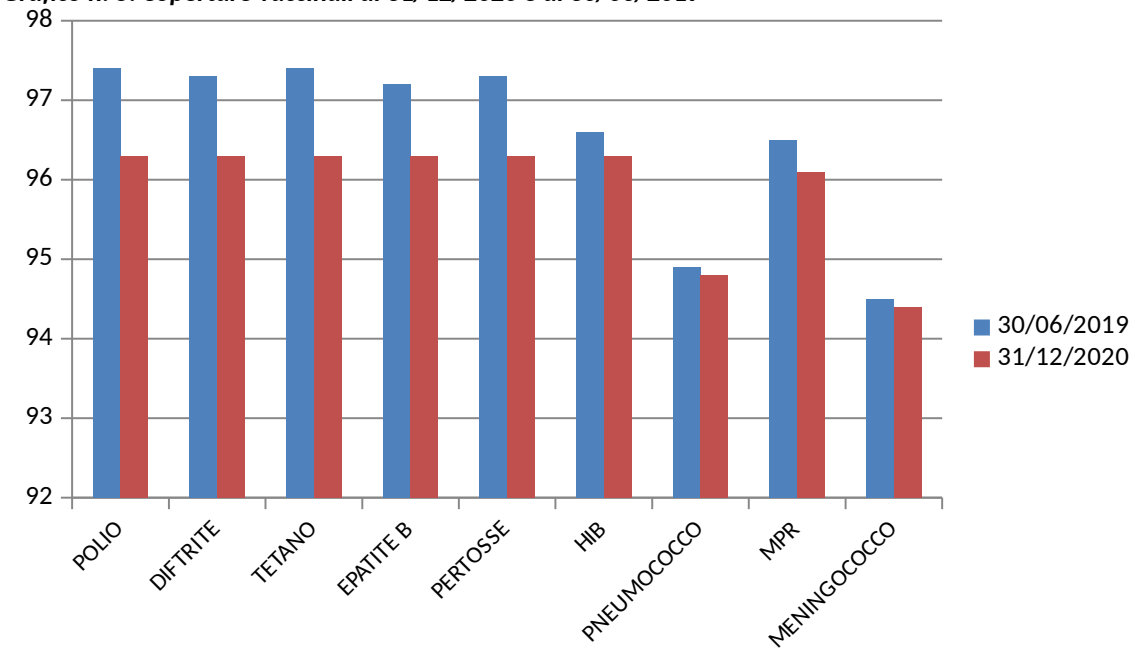
Tabella n. 51: Sanità Pubblica Veterinaria Anni 2019- 2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
N. controlli TBC	35.563	41.810	+17%
N. interventi su cani morsicatori e controllo aggressività	393	253	-36%
N. ore di macellazione svolte	13.786	14.750	+7%
N. verifiche su impianti di trasformazione(compreso riconfezionamento e altri riconosciuti)	23.863	17.850	-25%
N. verifiche su farmacovigilanza	2.941	1.772	-40%
N. verifiche alimentazione animale	2.338	547	-77%
N. verifiche benessere animale	3.868	3.032	-22%
N. verifiche su controllo igiene della produzione del latte	898	545	-39%

Coperture vaccinali

Per l'AUSL di Parma la copertura vaccinale a 24 mesi, calcolata al 31/12/2020 sulla coorte di nascita 2018, è superiore al 95%, assestandosi attorno al 96% sia per 3 dosi di Esavalente che per 1 dose di morbillo-parotite-rosolia. Invece il dato relativo alla copertura vaccinale per le vaccinazioni dei 6 anni (che potevano essere sospese) calcolato sulla coorte di nascita del 2013 si attesta poco oltre il 91% .
Le PDC hanno lavorato a regime ridotto anche perché hanno contribuito direttamente alla gestione della pandemia attraverso il trasferimento di Assistenti Sanitari presso la Sanità Pubblica (esempio, dalla PDC di Parma 5 AS su 11 in organico, dal Sud Est 1 Assistente Sanitario) o attraverso collaborazione a tempo parziale di altri Assistenti Sanitari/Infermieri/Medici Pediatri, anche oltre l'orario e i giorni di lavoro previsti
A partire dal mese di maggio 2020 in seguito a DGR 404 è iniziato un recupero molto graduale delle vaccinazioni sospese, partendo da quelle della prima infanzia e successivamente quelle delle altre età , ma con gravi difficoltà legate a trasferimenti del proprio personale presso altre aziende, ed alla ripresa del servizio di personale impiegato in altri ambiti durante l'emergenza Covid .

Grafico n. 5: Coperture vaccinali al 31/12/2020 e al 30/06/2019



3.5.I dati economici

È di seguito riportata una sintesi del conto economico aziendale nel triennio 2018-2020.

Tabella n. 52: Conto economico triennio 2018-2020

SCHEMA DI BILANCIO *Decreto Interministeriale 20 marzo 2013*	2020	2019	2018	Var 2020/2018	Var 2020/2019
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	865.994.551	849.907.230	842.123.273	23.871.278	16.087.321
A.1) Contributi in c/esercizio	800.866.551	776.926.054	764.596.382	36.270.169	23.940.497
A.2) Rettifiche contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.867.438	- 490.087	- 352.085	- 4.515.353	- 4.377.352
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	8.022.808	3.772.207	4.627.107	3.395.701	4.250.600
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	42.027.463	48.721.725	49.840.867	- 7.813.404	- 6.694.262
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.324.368	4.494.161	5.412.683	1.911.685	2.830.207
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.910.736	8.525.852	9.497.269	- 4.586.533	- 3.615.116
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	6.813.768	6.557.001	6.801.069	12.699	256.766
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	896.296	1.400.316	1.699.982	- 803.686	- 504.020
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	857.215.843	851.924.794	840.289.667	16.926.176	5.291.049
B.1) Acquisti di beni	68.006.913	62.197.324	66.212.417	1.794.496	5.809.589
B.2) Acquisti di servizi sanitari	573.654.481	592.625.562	589.087.435	- 15.432.954	- 18.971.081
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	24.736.719	24.075.532	25.609.211	- 872.492	661.187
B.4) Manutenzione e riparazione	8.793.476	8.173.903	6.504.232	2.289.244	619.573
B.5) Godimento beni di terzi	2.315.895	2.181.450	2.221.708	94.187	134.445
B.6) Costi del personale	139.317.248	134.780.599	131.121.310	8.195.938	4.536.649
B.7) Oneri diversi di gestione	7.797.460	7.711.753	1.933.687	5.863.773	85.707
B.8) Ammortamenti	10.793.891	10.536.127	10.604.779	189.112	257.764
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	3.997.101	709.551	655.967	3.341.134	3.287.550
B.10) Variazione delle rimanenze	- 4.278.882	- 945.590	578.715	- 4.857.597	
B.11) Accantonamenti	22.081.540	9.878.582	5.760.206	16.321.334	12.202.958
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 1.257.591	- 1.403.408	- 1.450.591	193.000	145.817
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIA	-	-	- 26	26	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	3.043.014	13.513.045	9.420.227	- 6.377.214	- 10.470.031
Y) IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	10.463.560	10.075.131	9.788.008	675.552	388.429
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**100.572**	**16.942**	**15.208**	**85.364**	**83.630**

Nel triennio di riferimento, l'Azienda ha garantito l'obiettivo del pareggio civilistico, evidenziando un risultato economico positivo. Gli obiettivi economico-finanziari risultano raggiunti e l'Azienda si attesta su un livello di performance molto buono.

I dati economici dell'anno 2020 riflettono l'impatto che l'emergenza Covid-19 ha avuto sull'andamento della gestione aziendale e, conseguentemente, sull'andamento economico. Diverse azioni sono state intraprese al fine di mantenere in equilibrio la gestione economica, sia con riferimento agli aspetti assistenziali, sia a quelli di gestione economico-finanziaria (a tal proposito si ricordano le assegnazioni dei decreti emergenziali, le schede di progetto POR FESR e FSE per acquisizione di beni sanitari, servizi e tecnologie finalizzati alla prevenzione e al contenimento del virus nelle strutture sanitarie e ospedaliere e le rendicontazioni al Commissario Straordinario per la gestione dell'emergenza Covid-19).

La gestione caratteristica aziendale nel 2020 mostra un miglioramento rispetto agli anni precedenti e si rileva un minor ricorso a quella straordinaria.

Per maggiori dettagli relativamente ai valori economici si rimanda ai rispettivi bilanci di esercizio.
In merito al Piano degli investimenti si riporta una sintesi degli investimenti attuati nel triennio 2018-2020.

Tabella n. 53: Piani investimenti attuati nel triennio 2018-2020

Anno	Valore complessivo degli investimenti	Investimenti da realizzare nell'anno	% da realizzare nell'anno	Investimenti realizzati nell'anno	% realizzato nell'anno
2018 (Del. 322/2019)	44.235	16.419	37,12	7.026	42,79
2019 (Del. 328/2020)	43.071	16.182	37,57	6.197	38,30
2020 (Del. 496/2021)	42.628	12.595	29,55	3.577	28,40

Come evidente dai dati sopra riportati anche l'attuazione del Piano Investimenti nell'esercizio 2020 è stata inficiata dagli effetti della pandemia ed ha subito un rallentamento rispetto a quanto previsto. Infatti, nel 2020, tutte le attività non connesse al'emergenza sanitaria da Covid-19 sono riprese con regolarità sono a partire dal mese di maggio. Negli esercizi precedenti, la percentuale di realizzato è sempre risultata superiore rispetto alle previsioni.

3.6.Il Personale

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dell'Azienda USL di Parma, secondo la caratterizzazione professionale e di genere.
Nella tabella 54 viene elencato il personale dipendente, suddiviso nelle macro aree per categoria di appartenenza, sia di ruolo che a tempo determinato, fotografando la situazione al 31.12.2020 e conteggiando ogni testa come "intera", non tenendo conto, pertanto, del personale occupato part–time o in servizio per definiti periodi nell'anno.
Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 598 unità ossia il 21,2% del personale complessivo. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 39,7% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 11,9%.

Nella Tabella 55 viene rappresentata la distribuzione del personale tra le diverse articolazioni aziendali: il Distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti, pari a n. 776. Altra articolazione con un rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza con n. 663 operatori: se a questa articolazione si aggiungono i n. 374 occupati nel Distretto di Fidenza, si raggiunge la considerevole cifra di n. 1.037 unità insistente in quella area territoriale di riferimento.

Nella successiva Tabella 56 sono riportati i dipendenti suddivisi per sesso ed area contrattuale: dirigenza e comparto. Il personale femminile è pari al 73,14 % del totale e rappresenta il 77,15 % dell'Area Comparto ed il 58,19% dell'Area Dirigenziale.

Tabella 54: Dipendenti per area professionale a tempo indeterminato e determinato

	al 31/12/2020						al 31/12/2019						al 31/12/2018					
personale dipendente	tempo indeterminato	tempo determinato	totale	% sul totale	comando entrata	comando uscita	tempo indeterminato	tempo determinato	totale	% sul totale	comando entrata	comando uscita	tempo indeterminato	tempo determinato	totale	% sul totale	comando entrata	comando uscita
1 - Medici e Veterinari	452	33	485	17,2%	1		441	21	462	16,9%			420	37	457	17,4%		
2 - Dirigenti Sanitari	70	16	86	3,0%			67	21	88	3,2%			57	20	77	2,9%		
3 - Altri Dirigenti	23	1	24	0,8%	1	1	24		24	0,9%	1		26		26	1,0%	1	1
4 - Direttori		3	3	0,1%				3	3	0,1%				3	3	0,1%		
totale dirigenti	**545**	**53**	**598**	21,2%			**532**	**45**	**577**	21,1%			**503**	**60**	**563**	21,4%		
5 - Infermieri	1092	30	1.122	39,7%	4	8	1040	36	1.076	39,4%	1	7	1017	27	1.044	39,7%		7
6 - Altri collaboratori sanitari	256	17	273	9,7%		1	310	33	343	12,5%		3	309	12	321	12,2%		3
7 - Collaboratori Tecnici e professionali	140	12	152	5,4%		3	62	5	67	2,5%			60	2	62	2,4%		
8 - Operatori Sanitari	230	9	239	8,5%	1		236	6	242	8,9%			190	9	199	7,6%		
9 - Operatori Tecnici	79	6	85	3,0%			82	6	88	3,2%			93	6	99	3,8%		
91 - Assistenti Sociali	17	3	20	0,7%			19	1	20	0,7%		1	21		21	0,8%		1
92 - Amministrativi	318	19	337	11,9%	2	4	292	29	321	11,7%	1	4	298	20	318	12,1%	2	4
totale comparto	**2.132**	**96**	**2.228**	78,8%			**2.041**	**116**	**2.157**	78,9%			**1.988**	**76**	**2.064**	78,6%		
totale generale	**2.677**	**149**	**2.826**		**9**	**17**	**2.573**	**161**	**2.734**		**3**	**15**	**2.491**	**136**	**2.627**		**3**	**16**

Tabella 55: Dipendenti per articolazione aziendale al 31 dicembre

	al 31/12/2020			al 31/12/2019			al 31/12/2018		
Sede	num	comando entrata	comando uscita	num	comando entrata	comando uscita	num	comando entrata	comando uscita
1 Ospedale Fidenza	663	1		658		1	621		1
3 Ospedale Borgotaro	189	3		191			195		
4 Distretto Parma	776	1		741			709		
5 Distretto Fidenza	374	1		371			351		
6 Distretto Valli Taro e Ceno	182			179			172		
7 Distretto Sud Est	227			218			205		
8 Sede centrale	415	3	17	376	3	14	374	3	15
totale	**2.826**	**9**	**17**	**2.734**	**3**	**15**	**2.627**	**3**	**16**

Tabella 56: Distribuzione del personale in servizio per genere

	al 31/12/2020						al 31/12/2019				al 31/12/2018					
	num		comando entrata		comando uscita		num		comando entrata		num		comando entrata		comando uscita	
personale dipendente	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	femmine	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi
1 - Medici e Veterinari	274	211		1			256	206			240	217				
2 - Dirigenti Sanitari	60	26					64	24			55	22				
3 - Altri Dirigenti	12	12	1			1	10	14	1		10	16	1			1
4 - Direttori	2	1					2	1			2	1				
totale dirigenti	**348**	**250**	**1**	**1**		**1**	**332**	**245**	**1**	0	**307**	**256**	**1**			**1**
5 - Infermieri	911	211	3	1	8		873	203	1	7	857	187			6	1
6 - Altri collaboratori sanitari	207	66			1		240	103		3	221	100			3	
7 - Collaboratori Tecnici e professionali	77	75			2	1	22	45			19	43				
8 - Operatori Sanitari	195	44	1				191	43			160	39				
9 - Operatori Tecnici	40	45					45	51			49	50				
91 - Assistenti Sociali	20						20			1	21				1	
92 - Amministrativi	269	68	2		4		258	63	1	4	255	63	1	1	3	1
totale comparto	**1719**	**509**	**6**	**1**	**15**	**1**	**1649**	**508**	**2**	**15**	**1582**	**482**	**1**	**1**	**13**	**2**
totale	**2067**	**759**	**7**	**2**	**15**	**2**	**1981**	**753**	**3**	**15**	**1889**	**738**	**2**	**1**	**13**	**3**

LE INIDONEITA'

MEDICO COMPETENTE: VISITE MEDICHE PREVENTIVE E PERIODICHE D.LGS 81/2008 E DLGS 230/1995

Nel 2020, sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato, sono stati visitati, i dipendenti dei Distretti e del Presidio Ospedaliero di Vaio e Borgotaro e le figure mediche e veterinarie o di medici radiologi con rapporto di convenzione o libero-professionale, di emergenza 118 (MET), per un totale di 1194 addetti su 3094.

Tabella 57: Lavoratori sottoposti a visita anno 2020

n° lavoratori sottoposti a visita	**1145 (37%)**	**861 femmine (73%)**	**284 maschi (27%)**

Le visite di assunzione sono state 222, mentre 142 le visite straordinarie per assenza dal lavoro, su richiesta e per cambio mansione. La tabella di seguito mostra la ripartizione dei rischi professionali per mansione.

Tabella n.58: Rischi professionali per mansione

MANSIONE	RISCHIO
OTA-OSS e infermiera domiciliare, di reparto, di comparto operat, residenziale, fisioterapista, di dialisi.	Movimento Manuale Carichi, Movimento Manuale Persone
Medico di C.Operat.,di reparto, ambulatoriale, infermiera e OTA-OSS, assist. sanitaria, fisioterapista, ostetrica, logopedista, veterinario A-B, tecnico di laboratorio, educatore, tecnico riabilitaz.	Biologico
Veterinari area B	Rumore, polveri
Tecnico e medico radiologo, ortopedico, urologo, cardiologo interv.	Radiazioni ionizzanti (gruppo B)
Impiegati amministrativi, OTA-infermiera addetta Vdt	VDT
Medico, tecnico, infermiere di risonanza magnetica	Campi magnetici
Medico, infermiere di camera iperbarica	Atmosfere iperbariche
Infermiere, OSS, medico di comparto operatorio	radiazione ottiche artificiali (laser 4cl), chimico da gas anestetici

La visita è stata integrata da quelle prestazioni di laboratorio o strumentali, erogate direttamente dal medico competente e dai servizi dell' Azienda USL, necessarie per la redazione del giudizio di idoneità (vaccinazioni, test tubercolinici (Mantoux, Quantiferon), elettrocardiogrammi, audiometrie, esami ematochimici e strumentali, visite specialistiche).

Tabella n. 59: Distribuzione giudizi di idoneità alla mansione espressi nel 2020

GIUDIZI DI IDONEITÀ	N° Totale	N° FEMMINE	N° MASCHI
idoneo	897 (78%)	657	240
idoneo parziale	113 (9,8%)	86	27
idoneo parziale tempor	111 (9,7%)	93	18
NON Idoneo tempor.	23 (2%)	19	4
NON idoneo	1 (0,08%)	1	0

La movimentazione manuale dei carichi ed il lavoro notturno, specie nel personale femminile, resta la principale causa di limitazione alla mansione, seguita, almeno per l'anno della pandemia 2020, dal rischio biologico.

Tabellan.60: Cause di limitazione alla mansione - anno 2020

RISCHI LAVORATIVI	IDONEI PARZIALI		NON IDONEI	
	M	F	M	F
Movimentazione manuale carichi	9	55		3
Sovraccarico biomeccanico arto sup.	2	7		
Rischi posturali	4	15		
Agenti biologici	6	66		2
Campi magnetici /RI		1		
Videoterminali		4		
Lavoro a turni/reperibilità notte	3	21		
Sostanze sensibilizzanti	2	3		
Altro			2	

4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance

Gli impegni strategici su cui sarà impegnata l'Azienda USL di Parma nel prossimo triennio 2021-20203, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la undicesima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma, formalizzati nella DGR 749/20.

Gli obiettivi di mandato contengono indicazioni di carattere strategico, e sono distinti in: 1) obiettivi di salute ed assistenziali e 2) obiettivi di sostenibilità e di governo dei servizi. Di particolare rilievo strategico sono, tra gli obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale, gli obiettivi 1.1 "Riordino dell'assistenza ospedaliera", 1.3 "Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero", 1.7 "Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico", e, tra gli obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi, gli obiettivi 2.1 "Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa", 2.2 "Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle aziende", 2.6 "Adempimenti nei flussi informativi". Su questi temi si impegnerà prioritariamente la programmazione aziendale.

Anche se non espressamente indicati nella Delibera di Mandato della Direzione Generale, vengono altresì indicati obiettivi riferiti a temi di particolare rilevanza (es. obblighi rispetto all'Accreditamento Istituzionale, attività di ricerca).

Gli obiettivi vengono classificati secondo la logica della **Balanced Scorecard (BSC)** nelle dimensioni ed aree di performance di seguito dettagliate:

Dimensione di Performance dell'utente

Rappresenta la performance connessa all'immagine, all'accessibilità ed ai livelli di costumer satisfaction ed è distinta in tre aree :

- **Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni**:

  - ***Riordino dell'assistenza ospedaliera***
    - **Riduzione dei tempi di attesa**

L'Azienda USL di Parma, in applicazione alla delibera di Giunta Regionale n. 404 del 27.04.2020, ha elaborato un Programma di Riavvio dell'attività sanitaria sospesa a causa dell'emergenza Covid 19, finalizzato anche a recuperare l'attività chirurgica interrotta durante il periodo emergenziale, secondo le modalità previste dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021), tutelando la sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico. Il programma di riavvio dell'attività chirurgica ha considerato il recupero sia degli interventi da effettuare su pazienti presenti in lista d'attesa prima del lockdown, che l'inserimento di interventi da effettuare sui nuovi ingressi in lista d'attesa.

Come da disposizioni provenienti dalla RER e su indicazioni del RUA Aziendale è stata effettuata la pianificazione dell'attività chirurgica programmata per gli Stabilimenti Ospedalieri di Fidenza e

Borgo Val di Taro attraverso: analisi della casistica complessiva, pianificazione per recupero dell'attività non effettuata durante il lockdown (pazienti che avevano già effettuato il pre-ricovero al momento della sospensione dell'attività) – in funzione delle limitazioni imposte dalle misure della prevenzione della diffusione del Covid-19 che ha portato a una riduzione dell'offerta.
Come da indicazioni della DGR n. 404/2020, la programmazione ha tenuto conto dei criteri di precedenza riguardanti:

- classi A e B ,
- pazienti con patologia oncologica
- pazienti con patologie in cui presente evidente aggravamento clinico.

Il piano di recupero ha risentito delle limitazioni dovute alla riduzione dei posti letto disponibili (individuazione di aree grigie per pazienti in attesa di esito dei tamponi molecolari) ed alla riduzione delle sale operatorie (alcune riservate a pazienti grigi in emergenza). Nei primi quattro mesi del 2021 il 96,6% degli interventi monitorati di chirurgia oncologica è entro lo standard, mentre la performance complessiva raggiunge l'85,8%. Sono stati esauriti tutti gli interventi inseriti in lista durante l'anno 2018 e l'obiettivo è quello di esaurire, entro l'anno, gli interventi entrati in lista di attesa nell'anno 2019, ed effettuare tutti gli interventi classificati in classe A al 100% entro lo standard.

Al termine del periodo estivo ci sarà il ripristino delle normali condizioni operative e le azioni in essere per tendere al riallineamento degli ottimi risultati raggiunti a livello regionale alla fine del 2019, riguarderanno:

- l'implementazione della programmazione operatoria attraverso la formula elaborata dalla RER coerente alle liste di attesa delle singole Unità Operative;
- controllo costante delle liste di attesa con regolare pulizia;
- collaborazione con il privato accreditato per l'utilizzo delle sale per la chirurgia ortopedica minore;
- proroga degli accordi con il privato accreditato per per lo smaltimento delle liste di attesa di chirurgia generale minore e di ortopedia;
- elaborazione di un piano congiunto co Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma.

- **Garanzia dell'Accesso in Emergenza-Urgenza**

Le funzioni provinciali e sovra provinciali del sistema emergenza-urgenza sono**:**

- Sistema Integrato Assistenza Traumi (SIAT) HUB per l'Emilia Occidentale, Rete Regionale Centrali Operative 118 ed Elisoccorso, Rete provinciale Emergenza Territoriale 118, Rete provinciale Cardiologica IMA-STEMI, Rete Stroke in ambito sovra provinciale (Parma e Piacenza), Rete Regionale Neurochirurgica, Centro regionale Terapia Iperbarica, Rete Regionale Donazione e Trapianto Organi, Tessuti, Cellule, Rete Regionali Grandi Ustioni, HUB per l'AVEN,

L'articolazione è così strutturata:

- **Emergenza Territoriale:** Soccorritori e Mezzi di Soccorso a livello provinciale Centrale Operativa 118 Emilia Ovest
- **Strutture di accettazione:** Punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Borgotaro, il Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e OBI di Fidenza, il Pronto Soccorso Medicina d'urgenza e OBI di Parma, 1° Anestesia- Rianimazione 1- Gestione Interdipartimentale SIAT, Servizio di

Emodinamica, struttura di Accettazione STROKE, Accettazione Pediatrica, Accettazione ginecologica, Neonatologia

- **Strutture d'invio** per l'ambito delle reti cliniche complesse in cui siamo Spoke (es. neonatologia, pediatria, rete trapiantologica cardiaca e polmonare), nell'ambito delle reti tempo dipendenti e delle funzioni HUB per il back transfer dei pazienti dopo stabilizzazione e/o risoluzione delle necessità dell'HUB

Nel prossimo triennio le azioni da realizzare riguarderanno:

- la rivalutazione dell'architettura territoriale del sistema dell'emergenza-urgenza e delle responsabilità infermieristiche;
- il miglioramento di accessibilità, tempestività, equità, appropriatezza, sicurezza del soccorso territoriale in emergenza;
- la revisione e definizione del setting di indicatori per il monitoraggio del sistema
- il miglioramento dell'integrazione tra emergenza territoriale, servizi di prossimità distrettuale e le sanità pubblica, sistema di trasporti ordinari e rete ospedaliera;
- la predisposizione, perfezionamento o completamento di percorsi condivisi con le varie figure coinvolte per il soccorso o la gestione dei trasporti in emergenza per situazioni ad alta complessità organizzativa e clinica che richiedono integrazione multiprofessionale e multidisciplinare

Nell'ambito del Pronto Soccorso è in corso l'intervento di ampliamento del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza-Vaio (pre-triage e ampliamento camera calda) ed il Punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (struttura mobile pre-triage) funzionale al consolidamento della separazione dei percorsi all'interno dello stesso

- ***Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale e territorio***
    - **Facilitazione dell'accesso appropriato alla specialistica ambulatoriale**

In quest'ottica diventa fondamentale lavorare su due fronti, il rapporto coi cittadini per il quale è necessario rivedere le modalità di accesso, e la collaborazione tra specialisti ospedalieri e territoriali.

Miglioramento accesso ai cittadini:

- Rinforzo di agende integrate nel sistema CUP con un potenziamento della centralizzazione dell'offerta, con accesso in prenotazione a profili riservati;
- Corretta gestione delle agende di prenotazione e individuazione, in caso di criticità dei tempi di attesa di specifici "percorsi di tutela" di cui alla DGR 603/2019;
- Garanzia della completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata attraverso i sistemi CUP ed il potenziamento del sistema di prenotazione on-line – CUP WEB e APP ER-SALUTE, ampliandone le disponibilità in coerenza con i target regionali;
- separazione delle prese in carico dai primi accessi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

Presa in carico dell'assistito (con particolare riguardo ai pazienti cronici)

- presa in carico, dimostrata anche tramite un incremento delle prescrizioni a carico degli specialisti;
- studio di fattibilità relativo a sistemi informativi evoluti in grado di leggere i PDTA inseriti in una modalità operativa a rete;
- potenziamento e utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo (soluzioni tecnologiche quali teleconsulto,...) [PROGETTO CRONIC CARE];

- sviluppo modalità di consulto tra specialisti attraverso la definizione di strumenti clinici in condivisione e strumenti di contatto [PROGETTO MULTITEAM.

Miglioramento appropriatezza prescrittiva e confronto tra pari

- Verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso l'uso delle classi di priorità, l'obbligatorietà del quesito diagnostico e l'indicazione della tipologia di accesso (sistematico utilizzo del motore semantico);
- Coinvolgimento dei professionisti nella definizione di modalità di consultazione tra pari e di condizioni di accesso e di erogazione uniformi e coerenti con le indicazioni regionali e nazionali;
- Promozione dell'utilizzo della modalità assistenziale del Day Service Ambulatoriale o di altri strumenti organizzativi in grado di semplificare i percorsi di fruizione delle prestazioni con particolare riguardo ai pazienti complessi;
- Definizione e diffusione in modo uniforme su tutto il territorio provinciale di protocolli sulle urgenze, consulenze telefoniche,...)

- **Percorsi di assistenza protesica**

E' stato revisionato l'albo dei prescrittori, condiviso nel comitato della specialistica, in relazione all'inserimento dei nuovi professionisti e alle esigenze che si sono evidenziate estendendo la possibilità prescrittiva a professionsti/branche per l'ottimizzazione del percorso prescrittivo/autorizzativo (es. inserimento palliativisti nell'albo) . Il percorso di sostegno dei professionisti coinvolti nel processo prescrittivo si è interrotto a causa dell'emergenza COVID. Proseguiranno i lavori del tavolo interaziendale con il coinvolgimento sia degli specialisti prescrittori che delle direzioni, al fine di sistematizzare il processo di prescrizione. Dal punto di vista dell'informatizzazione nell'ottica di migliorare e facilitare le modalità prescrittive dei professionisti abilitati, è stato inserito il Modulo di Prescrizione direttamente nel Programma di refertazione in uso agli specialisti ("Percorso Semplice").

- **Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e diseguaglianze**

Sarà necessario proporre e realizzare nei diversi contesti territoriali azioni e progetti partecipativi orientati allo sviluppo delle Case della Comunità ed in grado di sostenere la crescita di cittadini competenti sui temi della salute e del corretto e appropriato uso dei servizi, con specifica attenzione al superamento del digital divide ed al corretto uso degli strumenti digitali oggi disponibili.
La realizzazione di incontri ed eventi aperti alla popolazione e al mondo dell'associazionismo locale e campagne informative mirate ai diversi target di popolazione utilizzando la prospettiva dell'health literacy saranno gli strumenti privilegiati per tali interventi

- ***Azioni a supporto dell'equità***

Le disuguaglianze sociali e l'equità in ambito sanitario rappresentano un tema cruciale poiché tutti gli indicatori di salute indicano la persistenza di disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri di capitale umano, risorse materiali, status sociale e aiuti e legami (Ministero della Salute,

L'Italia per l'Equità nella Salute, 2017). La pandemia ha reso ancor più evidente la necessità di agire politiche di prevenzione e promozione della salute nei confronti dei gruppi più vulnerabili della popolazione: tali politiche devono essere orientate a ridurre le disuguaglianze di salute evitabili dove presenti e promuovere opportunità in base al principio di equità intesa come la capacità di tenere conto delle particolarità e delle differenze nel processo decisionale. In accordo con il PSSR 2017- 2019 e con il Piano Nazionale della Prevenzione nei quali il tema dell'equità è ampiamente declinato come approccio intersettoriale e che si avvale di azioni di sistema trasversali per il raggiungimento degli obiettivi, le attività programmate per il triennio 2021 -2023 riguarderanno le seguenti aree tematiche:

- ***Piano interaziendale per equità 2021 – 2023***: Rinnovo del Piano e ridefinizione della composizione del Board Equità. Dal 2020 i referenti equità AUSL ed AOU PR gestiscono, coordinati dai Referenti regionali di ASSR, il Laboratorio, rivolto alle Direzioni apicali delle Aziende, per la definizione delle linee guida per il rinnovo del Piano Interaziendale, individuandone i processi organizzativi sottesi;
- ***Equità nel PRP 2020-2025***: ASSR sta individuando una serie di programmi, uno o più territori, in cui sarà possibile una valutazione HEA a livello locale. Parma sta lavorando sull' azione PL13 Screening per la quale è ancora in corso con ASSR una valutazione a tal riguardo;
- ***Equità nei processi di programmazione:*** acquisizione dello sguardo trasversale ed intersettoriale dell'equità come approccio guida nelle attività di programmazione e progettazione aziendale;
- ***utilizzo degli strumenti HEA e EqIA:*** a supporto della progettazione aziendale con particolare riferimento alla valutazione di alcuni PDTA Interaziendali;
- ***Medicina di genere***: organizzazione del Convengo annuale Medicina delle differenze e Partecipazione al Tavolo Medicina di Genere interistituzionale del Comune di Parma
- ***Umanizzazione delle cure:*** in via di definizione, in RER, le linee guida regionali per la identificazione delle azioni da sviluppare; coinvolgimento dei CCM aziendali per le azioni da sviluppare.

- **Area dell'integrazione:** per quanto riguarda la presa in carico ed i percorsi di continuità assistenziale, nel prossimo triennio l'impegno sarà prioritariamente orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio:
  - ***Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale e territorio***
    - **Completamento del programma di realizzazione delle Case della Salute e degli OSCO, incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal PSS 2017-2019;**

Case della Salute: la pianificazione aziendale è descritta a pagina 23, sono in fase di realizzazione **31 Case per la salute: 24 (77,5%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni. Si dovrà verificare la pianificazione rispetto ai parametri previsti sia negli standard strutturali di attuazione del PNRR, al momento la zona più scoperta è l'alta Val Ceno nel Distretto Valli Taro-Ceno, che negli standard organizzativi (es presenza medica H24 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione con la continuità assistenziale). L'adeguamento ai parametri previsti (molti già in essere) ci porterà alla transazione verso le **Case della Comunità**. Il monitoraggio sarà effettuato tramite la corretta alimentazione del

Sistema Informativo messo a disposizione dalla RER e attraverso il cruscotto aziendale per il monitoraggio delle Case della Salute in fase di consolidamento.

OSCO : di seguito la pianificazione aziendale

	p.l. attivi	p.l. da attivare	Totale
OSCO COLORNO (PR)	6		6
OSCO C/O CRA "I TIGLI" (PR)	20		20
PARMA	***26***		***26***
OS.CO. SAN SECONDO - LUNGO-ASSISTENZA	10		10
OS.CO. SAN SECONDO PARMENSE	10		10
OS.CO. SAN SECONDO P.NSE- RIABILITAZIONE ESTENSIVA	10		10
OS.CO. c/o ASP FIDENZA		5	5
FIDENZA			***35***
OS.CO. DI BORGO VAL DI TARO	18		18
VALLI TARO E CENO	***18***		***18***
OSCO COLLECCHIO (PR)	6		6
OSCO LANGHIRANO	6		6
OSCO C/O CRA "VAL CEDRA" (MONCHIO-PR)		3	3
SUD EST	***12***		***15***
AZIENDA AUSL PARMA	***86***	***8***	***94***

La gestione clinica del MMG è in essere in tutti gli OSCO tranne che a Borgo Val di Taro e nei moduli di lungoassistenza e riabilitation week hospital di San Secondo (la responsabilità clinica in questo caso è in capo a medici di struttura dipendenti).
Sarà necessario pensare ad un progressivo incremento dei posti letto nelle strutture già esistenti, anche per ottimizzare le dotazioni di personale e strumentali comunque previste. E' in corso di revisione, tramite le attività di un Gruppo di Lavoro all'uopo costituito, il modello organizzativo ed i criteri di accesso alle cure intermedie, al fine di avere omogeneità su tutto il territorio provinciale. Il monitoraggio sarà effettuato tramite apposita reportistica già in uso con un focus specifico sugli indicatori di monitoraggio dei LEA (Nuovo Sistema di Garanzia) e del PNRR.

- **Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno infantile e pediatrico**

Percorso nascita
Il percorso nascita è presente nel territorio provinciale da molti anni. E' un percorso in rete fra le due aziende, AOSP e AUSL, tutto legittimato da documenti regionali, iniziando con la DGR 533/2008 che definisce i percorsi e le buone prassi dei percorsi nascita.
I Consultori familiari si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia. Negli ultimi anni sono state sviluppate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori dei consultori, con particolare riferimento al percorso nascita, all'età adolescenziale e dei giovani adulti,

alle tematiche della menopausa. Le attività consultoriali sono inserite in percorsi integrati, in rete con altre strutture e servizi dell'Azienda AUSL e di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
Le linee di sviluppo nel prossimo triennio sono orientate a:

- Definire il progetto di ampliamento su tutto il territorio provinciale dello screening del disagio emozionale delle gravide;
- Rivedere a livello provinciale il percorso IVG alla luce delle nuove linee;
- Definizione di programmi innovativi per i corsi di comunicazione con le donne in gravidanza;
- Valorizzazione delle professioni sanitarie;
- Miglioramento dei percorsi relativi alla diagnosi prenatale;
- Miglioramento dei percorsi gravidanza ad alto rischio

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
Nella provincia di Parma sono presenti due centri ospedalieri dedicati al trattamento dell'infertilità di coppia: Centro PMA di 3° livello presente nell'Ospedale di Parma che esegue tecniche sia di 1° che di 2° livello e Ambulatorio per la diagnosi e la terapia dell'infertlità di coppia della UO di Ginecologia del PO di Vaio come centro di 1° livello presente dal 2006 che esegue solo la inseminazione intrauterina omologa (IUI). Le azioni prioritarie da sviluppare sono focalizzate sui seguenti temi:

- Costruzione di un unico Centro PMA presso il PO di Vaio per tutta la città e la provincia di Parma in modo da ottimizzare le risorse professionali e tecnologiche centralizzandole in un unico punto;
- Consolidamento dell'attività relativa ai problemi della fertilità nell'ambulatorio Spazio Giovani Adulti;
- Definizione e condivisione di un protocollo clinico assistenziale differenziato per il consultorio familiare, MMG, NCP e CdS;
- Definire un protocollo condiviso per l'invio delle coppie dal territorio all'Ospedale garantendo un'appropriatezza degli interventi e definizione delle modalità di accesso ai vari livelli;
- Garantire alle coppie extra-comunitarie di potersi confrontare con il problema dell'infertilità nel rispetto della loro cultura nelle sedi consultoriali preposte.

Punto Nascita di Borgo Val di Taro
E' stata fatta la relazione tecnica per la ripresa dell'attività di assistenza al parto presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro inviata al Ministero della Salute per la valutazione da parte della Commissione Nascita; andrà applicato il protocollo sperimentale per la riapertura dei punti nascita in montagna concordato con il livello nazionale.

- **Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità**

Rispetto a questo punto gli ambulatori della cronicità sono presenti in quasi tutte le Case della Salute a medio alta complessità, si tratta di rivedere ed ottimizzare la dislocazione anche in un'ottica Hub&Spoke, mentre per gli infermieri di comunità sono necessari specifici investimenti.

L'Infermiere di Comunità risulta essere una figura strategica, così come delineata dalla normativa nazionale e dalle linee di indirizzo di riferimento, principalmente in qualità di connettore e di facilitatore fra i diversi nodi della rete dei servizi e dei professionisti territoriali. La presenza dell'IF/C nelle Case di Comunità e/o attivo in ambito territorialmente circoscritto aggiunge

all'attuale assetto organizzativo delle cure primarie, un attore autonomo e competente nell'intercettare i bisogni delle famiglie e della comunità anche avvalendosi dei dati epidemiologici e socio-demografici del contesto. L'IF/C può diventare un punto di riferimento, oltre che per il cittadino, per lo sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio, ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della pianificazione delle risorse.

L'infermiere di comunità, presente nel territorio con continuità, è una figura di riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc…); tuttavia la fragilità in tutte le sue espressioni e la fascia di popolazione anziana con patologie croniche risulta essere il target preferenziale perché è quella che può giovarsi di un intervento precoce integrato e multiprofessionale. In particolari condizioni epidemiologiche, l'intervento dell'infermiere di comunità può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica (ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19) in collaborazione con i professionisti ed i servizi coinvolti.

Sarà necessario prevedere uno specifico percorso formativo (post base, Master di I livello o Laurea magistrale) per accompagnare i professionisti a ricoprire questo ruolo.

- **Sviluppo delle cure domiciliari**

Le cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Di seguito la situazione rispetto ai pazienti gestiti in ADI negli anni 2019 e 2020.

Utenti in carico ADI. Anni 2019 – 2020

UTENTI			
	ANNO 2019	**ANNO 2020**	**Δ %**
Parma	4.151	4.597	10,7 %
Fidenza	2.013	2.260	12,3 %
Valli Taro e Ceno	1.335	1.284	-3,8%
Sud Est	1.729	1.697	-1,9%
AUSL Parma	**9.228**	**9.838**	**6,6%**

Sarà necessario lavorare sul modello organizzativo e sviluppare una presa in carico a complessità più elevata. (Oltre alla copertura degli ultrasessantacinquenni verrà valutato anche il coefficiente di intensità assistenziale – CIA). Questi argomenti vengono trattati nel Gruppo di Lavoro attivato per il rinnovo dell'Accordo Locale con i Medici di Medicina Generale, di cui una parte saliente è proprio la revisione del modello organizzativo di presa in carico nell'assistenza domiciliare.

- **Sviluppo delle cure palliative**

La rete locale Cure Palliative (CP) è un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali su base territoriale (ospedale, hospice, domicilio, ambulatori, e altre strutture residenziali). L'organizzazione della rete locale CP a Parma e provincia fa

riferimento alla DGR n. 1771/16 e al protocollo Attuativo Rete Locale Cure Palliative AUSL-AOU di Parma del 1/6/2018. I nodi della rete locale CP sono:

- Hospice (4 in AUSL)
- Domicilio
- Ambulatori (6 di cui 5 AUSL e 1 AOU)
- Ospedale (2 in AUSL e 1 in AOU e privati accreditati);
- Continuità assistenziale;
- Rete MMG e PLS;
- Servizi Infermieristici Territoriali e specialistici di livello territoriale e sovra distrettuale.

Le Cure Palliative Pediatriche (CPP) fanno riferimento a uno specifico percorso clinico e assistenziale, in sinergia con l'AOU di Parma, sulla base delle indicazioni del DGR 857/19, nell'ambito della rete locale CP di cui fa parte e nella quale si integra. Rappresentano obiettivi specifici del prossimo triennio:

- Definizione di un progetto d'implementazione dell'attività della rete di cure palliative per il miglioramento della capacità di risposta assistenziale sulle 24 ore e di miglioramento del processo di attivazione tempestiva propedeutico alla presa in carico con i vari attori del sistema (in coerenza ai Requisiti specifici per l'Accreditamento della rete locale di cure palliative DGRn. 1770/2016)

- Formazione e mantenimento delle clinicalcompetence degli operatori;
- Realizzazione di programmi di miglioramento del sostegno ai familiari/caregiver e agli operatori.

I professionisti orientano il loro lavoro su queste azioni principali:

- Implementazione dei percorsi di presa in carico nella continuità Ospedale-Territorio con capacità di risposta assistenziale sulle 24H nel setting di cura dominciliare (per entrambe le reti pediatria e adulto/anziano;
- Implementazione dei percorsi di presa in carico nella continuità Ospedale-Territorio con capacità di risposta assistenziale sulle 24H nel setting di cura dominciliare (per entrambe le reti pediatria e adulto/anziano;
- Promozione di eventi formativi multiprofessionali aventi come destinatari i professionsiti dei nodi sociali e sanitari conivolti nella cura e nell'assistenza ai malati in cure palliative;
- Definizione di un piano formativo annuale specifico per la rete CP;
- Integrazione della rete pediatrica di CP dei lon term survivors con la rete delle CP degli adulti
- Definizione di programmi di miglioramento del sostegno ai familiari caregiver;
- Definizione di database necessari per la raccolta dati e monoraggio di tutti i nodi della rete CP e CPP.

- **Sviluppo della medicina di iniziativa**

Nella medicina di iniziativa la strategia di fondo è basata sull'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione di persone a rischio di malattia e gli strumenti sono le metodologie di stratificazione (consolidare l'utilizzo di **Risk-ER**), i **PDTA** (da sviluppare ulteriormente in un'ottica interaziendale), il **PAI** ed il **PRI** e dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della persona con la definizione del **Progetto di Salute Individuale**. La presa in carico olistica prevede anche attenzione al benessere psicofisico dell'individuo e quindi sarà necessario implementare la **consulenza psicologica** nelle Case della Comunità.

- **Progetti per l'innovazione in pazienti affetti da patologie psichiatriche**

Le linee di sviluppo per il prossimo triennio riguardano i seguenti settori:

1. Progetti d'innovazione nell'ambito dell'assistenza per pazienti affetti da patologie psichiatriche
2. Sviluppo modello d'integrazione per area neuropsichiatria infantile territoriale e ospedaliera

Le azioni previste sono:

- **"Progetti d'innovazione":**
  - nuova risposta integrata delle istituzioni socio sanitarie al problema dei disturbi da uso di sostanze (cocaina) e dei disturbi mentali "resistenti" mediante modelli innovativi e sperimentali. Successivo inserimento nel modello stepped care che includa integri Cure primarie, Servizi specialistici territoriali, Servizi specialistici ospedalieri, Enti accreditati per le dipendenze patologiche e associazione di auto-mutuo aiuto;
  - Modelli assistenziali innovativi (ambulatorio infermieristico, project/case manager, auto-mutuoaiuto e orientatori sociali, Home care tecnology, psicoterapie;
  - Rivisitazione percorsi di emergenza - urgenza ex DGR 1928/2019 (ASO, TSO) e formalizzazione del relativo protocollo in accordo con le Polizie Municipali;
  - Revisione della Procedura per le consulenze psichiatriche presso il Servizio Pronto Soccorso di AOU.
- **"Disturbi da uso di alcool"**
  - Nuova risposta integrata delle istituzioni socio sanitarie al problema dei disturbi da uso di alcol mediante uno specifico PDTA. Adozione di un modello stepped care che includa integri Cure primarie, Servizi specialistici territoriali, Servizi specialistici ospedalieri, Enti accreditati per le dipendenze patologiche e associazione di auto-mutuo aiuto
- **"Modello d'integrazione NPIA territoriale e ospedaliera":**
  - Creazione di un modello unitario per i Percorsi di Neurologia che si integri con i percorsi di Neurologia Funzionale Riabilitazione e afferenza al DAI-SMDP;
  - Creazione di un modello unitario per i Percorsi di Psichiatria dell'infanzia e adolescenza che si integri con i percorsi di Clinica Pediatrica, i Servizi Psichiatrici a direzione universitaria, l'UOS Psichiatria e Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza, i Centri di Salute Mentale;
  - Revisione dei percorsi clinici e per l'Accesso alla diagnostica strumentale e di laboratorio;
  - Predisposizione con la Clinica Pediatrica dei programmi per la continuità di cura nei PDTA DCA, Tutela Minori e Famiglie, l'innovativo Percorso Crescita e Programma Adolescenza;
  - Creazione delle condizioni per la riattivazione della Scuola di specializzazione in NPIA
  - Revisione percorso di emergenza-urgenza NPIA (accesso PS AOU e accesso NOB) e formalizzazione del documento specifico;

- **Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale**

Il **PNRR** traduce il concetto di coordinamento e continuità delle cure primarie nella rete dei servizi e dei professionisti, in una proposta concreta: l'istituzione delle **COT** (Centrali Operative Territoriali di livello Distrettuale) e il decentramento del PUA (Punto Unico di Accesso nelle Case della Comunità). Questo modello organizzativo rinforza l'importanza della valutazione multidimensionale dei bisogni nell'ottica della personalizzazione delle cure, non solo quindi a fini certificativi, ma quale opportunità di accesso equo ed efficace ai diversi livelli di intensità assistenziale. L'obiettivo della COT sarà quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, coordinando i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e sociosanitari ed

assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete dell'emergenza urgenza, con un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

Dovrà essere data continuità ai seguenti percorsi di integrazione ospedale territorio anche nel contesto del più ampio progetto di unificazione delle Aziende USL e Ospedaliero/Universitaria di Parma:

- **ambito materno infantile**: percorso nascita, percorso IVG (Legge 194), percorso infertilità di coppia, reti assistenziali per IST e HIV, reti di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza ed abuso, diabete in età pediatrica;
- **ambito fragilità**: patologia osteoarticolare nell'anziano (frattura femore e protesica), distribuzione diretta farmaci;
- **ambito salute mentale e assistenza nelle carceri**: assistenza socio-sanitaria per i pazienti affetti dalla salute mentale attraverso la metodica del budget di salute, percorso di presa in carico dei pazienti autori di reato, case di promozione e tutela della salute in carcere

- **Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi**

Si prevede di rafforzare il ruolo delle farmacie quali erogatori di servizi sanitari, con particolare riferimento alle farmacie rurali, per coprire maggiormente la gamma dei servizi sanitari offerta alla popolazione anche in aree disagiate, nel rispetto del principio di prossimità e capillarità delle cure che si vuole promuovere.
Il contributo al completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi riguarderà i seguenti settori:

- Servizi cognitivi (riconciliazione terapia farmacologica, monitoraggio aderenza)
- Servizi di front-office (FSE/SPID)
- Analisi di prima istanza (holter pressorio, holter cardiaco, auto-spirometria, ECG, supporto allo screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto)

- ***Integrazione sociosanitaria***

Costituisce un passaggio strategico per rispondere ai processi di cambiamento dei bisogni di salute molteplici e complessi e di trasformazione dei sistemi di welfare: in tale area vanno agite in modo sinergico le responsabilità del processo di integrazione fra interventi di natura sociale e attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Interventi effettuati in uno scenario che in questi ultimi anni è stato caratterizzato dall'aumento costante dei problemi legati all'invecchiamento della popolazione e in generale dal tema della non autosufficienza, alle crescenti difficoltà delle famiglie e al disagio giovanile, al tema delle nuove povertà, alle complesse problematiche relative all'immigrazione, alle problematiche relative alla violenza sulle donne e sui minori. In tale quadro gli obiettivi d'integrazione socio sanitaria sul piano istituzionale, organizzativo e professionale diventano obbligatori per assicurare risposte efficaci ai bisogni delle persone e all'utilizzo ottimale delle risorse

- **Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore del caregiver familiari di persone non autosufficienti**

E' prevista la realizzazione delle seguenti azioni:

- Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di un percorso formativo a sostegno dei caregiver e per gli operatori dei servizi territoriali;
- Individuazione di un percorso per l'identificazione e riconoscimento dei bisogni dei caregiver all'interno dei contesti ospedalieri e sanitari (strumenti della DGR 15465/20);
- Coinvolgimento attivo Enti del Terzo Settore nella co-progettazione di una guida informativa ed orientativa a favore dei caregiver.

- **Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza**

L'emergenza legata all'epidemia da COVID-19 ha messo in luce alcune criticità nella rete dei servizi socio sanitari ma ha anche consentito di sperimentare soluzioni innovative che si sono rivelate molto efficaci da mantenere e potenziare con le seguenti azioni:

- Mappatura delle strutture residenziali e diurne socio-sanitarie, socio-assistenziali, comunità educative, comunità religiose presenti in ambito provinciale;
- Incontri di supporto alle strutture socio sanitarie e socio–assistenziali rivolti ai Gestori, coordinatori, referenti sanitari e medici competenti;
- Coordinamento delle attività formative rivolte al personale assistenziale e sanitario delle CRA, organizzate in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica/Medicina del Lavoro e Direzione Infermieristica;
- Individuazione di procedure/linee di indirizzo a supporto delle strutture, per l'attivazione delle risorse della rete territoriale ed ospedaliera (USCA/UMM), nonché degli accessi degli ospiti al PS con ritorno in struttura.

  - **Governo della rete dei servizi sociosanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la vita indipendente e all'attuazione del Programma regionale sul "Dopo di Noi" per l'assistenza alle persone con grave disabilità**

In questo ambito dovranno proseguire gli interventi in collaborazione con gli Enti Locali per dare attuazione al Programma Regionale "Durante e dopo di noi" (ex DGR 733/17 e DGR 291/19) in attesa della riforma della normativa sulla disabilità, confermata all'interno della Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità.

- **Area degli esiti:** afferiscono a quest'area le performance relative agli esiti delle prestazioni e dei servizi per gli utenti degli stessi. Ggli impegni dell'Azienda nel prossimo triennio che caratterizzano questa area sono di fatto trasversali e riguardano obiettivi presenti nelle diverse aree di performance, viene qui enfatizzanto l'orientamento all'utente esterno negli esiti di salute (es. riduzione dei parti cesarei, tempi di attesa per intervento di frattura femore/tibia), ecc.)

Dimensione di Performance dei processi interni

Rappresenta la performance connessa all'attività, alla qualità, alla ricerca ed alla innovazione clinica ed è distinta in quattro aree:

- **Area della produzione**: gli impegni del prossimo triennio

  Produzione ospedaliera

  - ***Riordino dell'assistenza ospedaliera***

- **Riordino dell'assistenza ospedaliera**

Il riordino della assistenza ospedaliera si fonda sul consolidamento dei principi enunciati dal DM 70/2015 e sullo sviluppo delle reti clinico assistenziali. Ciò comporta la costruzione di un sistema basato da un lato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. Un sistema così delineato richiede l'evoluzione del modello Hub&Spoke. Tale modello è auspicato dalla Regione nelle delibere di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera (DGR 2040/2015) e di istituzione della cabina di regia per l'individuazione delle nuove Reti Regionali (DGR 1907/2017), che prevede una maggiore sinergia tra i nodi della Rete, identificando i Percorsi del Pazienti che si snodano nei diversi punti della Rete Ospedaliera e che prevedano la presa in carico dal sistema delle cure intermedie e territoriali. Prevede inoltre la mobilità dei professionisti nei diversi punti della Rete, che riduce lo spostamento dei pazienti e favorisce la formazione di tutti i professionisti nello scambio di competenze. Il tema è ampiamente trattato nel documento "Percorso verso l'Unificazione delle Aziende USL ed Ospedaliero/Universitaria di Parma", a cui si rimanda per i dettagli operativi e si riassumono qui i principali obiettivi che verranno sviluppati nel prossimo triennio:

- definizione di un programma di rete per il mantenimento, lo sviluppo e la diffusione delle competenze e dell'expertise qualificanti (*clinicalcompetence*) in modo integrato, in alcuni casi in un'ottica di mobilità dei professionisti su diversi nodi della rete;
- consolidamento dei percorsi esistenti, o la definizione di nuovi percorsi condivisi tra i nodi della rete e tra la rete ospedaliera e quella territoriale;
- rivalutazione la definizione di un programma interaziendale clinico-organizzativo e di integrazione ospedale-territorio, descrivendo le interfacce tra i nodi della Rete in ottica provinciale, ponendo particolare attenzione ai temi dell'accessibilità, degli esiti/*outcome*, dell'appropriatezza, non solo clinica ma anche del *setting* assistenziale per la presa in carico, dello sviluppo e della sostenibilità;
- consolidamento dell'architettura territoriale del sistema dell'emergenza-urgenza;

Il DL 34/2020, convertito nella L.77/2020, ha disposto il rafforzamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero da realizzarsi tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche come quella in corso.
In attuazione di tale disposizione, la Regione Emilia Romagna, con proprie deliberazioni n. 677 del 15/06/2020 e n. 869 del 17/07/2020, ha approvato il Piano Regionale di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera (terapie intensive, semintensive e strutture di pronto soccorso), che comprende, relativamente all'Azienda USL di Parma la realizzazione di strutture definitive di pre-triage presso gli ospedali di Vaio e Borgo Val di Taro, l'acquisto di autoambulanze e il reclutamento di personale infermieristico e di autisti. Tali strutture sono destinate a sostituire le tende poste immediatamente all'esterno dei due complessi ospedalieri, ed a garantire in modo strutturato gli spazi ed i percorsi necessari ad effettuare i pre-triage di accesso.
Nel 2020 sono stati predisposti ed in corso di realizzazione, i progetti degli interventi previsti nel Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera dell'AUSL di Parma per fronteggiare le emergenze pandemiche.

- **Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza**

L'Azienda USL di Parma, in applicazione alla delibera di Giunta Regionale n. 404 del 27.04.2020, ha elaborato un Programma di Riavvio dell'attività sanitaria sospesa a causa dell'emergenza Covid 19.
La programmazione della ripresa dell'attività ospedaliera e ambulatoriale è stata suddivisa nelle seguenti fasi:

- dal 15 aprile mantenimento degli accessi al PS di tutti i casi sospetti COVID del nostro territorio. Tutti gli utenti in accesso presso il PS sono stati sottoposti a un pre- triage esterno

allo scopo di identificare possibili casi sospetti di Covid-19, in base a criteri clinici ed epidemiologici. E' stata allestita una tenda della Protezione Civile all'ingresso del PS attraverso cui adempiere alle funzioni di pre-triage esterno. I pazienti sospetti COVID identificati presso il pre triage, hanno seguito lo percorso e sono stati trasferiti al centro HUB dell' AOSP PR.

- Riattivazione completa della funzione di PS presso lo Stabilimento ospedaliero di Fidenza (18 maggio). Tutti gli accessi al PS sono stati considerati potenziali portatori di infezione. Dopo aver eseguito la check sulle linee di indirizzo SIMEU, i pazienti sono stati allocati, in base ad un criterio definito dall'esito della check, in un'area previamente definita del PS. questo ha permesso di diversificare i pazienti alla luce dei risultati emersi dalla compilazione della check, se negativa (sezione dedicata dell'attuale area gialli) o positiva (area verdi), i pazienti qui collocati sono stati oggetto di accertamenti necessari al loro corretto inquadramento clinico, anche attraverso il ripristino di tutte le attività consulenziali specialistiche. I pazienti identificati COVID positivi, hanno seguito un percorso specifico e sono stati trasferiti al centro HUB dell'AOSP PR. I pazienti con accesso urgente presso il P.S. e con patologie tempo dipendenti, sono stati allocati presso postazioni monitorate della Medicina d'Urgenza – indicata come area grigia (SCA) - oppure nella Medicina (STROKE) se risultati positivi al tampone e successivamente trasferiti nel reparto COVID multi specialistico o in terapia intensiva oppure nella "sala stanza a pressione negativa" presente presso la degenza cardiologica. Per le gravide è stato previsto accesso presso l'unità operativa di ginecologia mediante accesso diretto (percorso FAST TRACK). Per il paziente pediatrico è previsto al momento dell'accesso in PS, una valutazione da parte del Medico di PS ed eventuale trasferimento, se necessario, presso il NOB di AOSP.
- Stabilimento di BORGO VAL DI TARO: riattivazione completa di tutte le funzioni del PPIO con mantenimento della centralizzazione su Parma delle ambulanze Covid-19, e trasferimento ad AOSP dei pazienti che accedono autonomamente ma con sintomatologia suggestiva per Covid-19, riscontrata dopo visita nel triage esterno. seguito di accettazione del triage i pazienti potranno accedere al PPIO, qui verranno eseguiti tampone rino- faringeo e visita specialistica per le cure del caso.

In risposta alle Disposizioni Nazionali e Regionali contenute nel DPCM del 26/04/2020 e nel documento aziendale PG n. 0028958 del 08/05/2020, l'organizzazione ha posto in essere numerose Istruzioni Operative.
Ai fini della riduzione del rischio infettivo per utenti che accedono alla struttura ospedaliera sono state predisposte segnaletiche atte a differenziare percorsi ingresso/ uscita dalla struttura, Individuazione di unico punto di ingresso/ uscita dalla struttura (diverso dal PS) , controllo sul numero di ingressi con limitazione all'accompagnatore per casi selezionati (minorenni, barriera linguistica e pazienti non autonomi), applicazione delle misure di distanziamento all'interno della struttura e creazione di punti per la disinfezione delle mani.

- **Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva**

Nella provincia di Parma sono presenti 31 posti letto (pl) di Terapia Intensiva presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e 6 pl presso il Presidio AUSL di Fidenza, per un totale di 37 pl, pari a 8,4 pl / 100.000 abitanti. Durante la Fase 1 dell'Emergenza COVID è stato necessario implementare il numero di pl intensivi, che è passato da 37 a 78 posti letto (15 a Fidenza e 63 a Parma), di cui 68 dedicati a pazienti affetti da SARS-CoV2 e 10 pl (a Parma) per i pazienti non COVID (patologie tempo dipendenti, traumi etc). L'Emergenza COVID ha evidenziato la necessità di espandere la dotazione di pl intensivi e, in coerenza con quanto previsto dal DL n. 34/2020, è stato previsto di raggiungere gradualmente l'obiettivo di dotazione dei posti letto di terapia Intensiva fino alla standard di 0,14 pl per 1000 abitanti, ritenuti adeguati a rispondere alle esigenze

epidemiologiche del territorio regionale. Presso l'AOU di Parma sono stati implementati attualmente 23 pl di terapia intensiva, rispetto ai 31 in epoca pre-COVID.
Le linee di sviluppo prevedono:

- la definizione di un programma interaziendale clinico-organizzativo e d'integrazione ospedale-territorio, tenendo conto della casistica trattata, indice di perfomance in termini di outcome efficacia ed efficienza, della mappatura e funzionamento degli PDTA attivi e della descrizione dei Nodi della rete, funzioni e attività di ciascun nodo, professionisti coinvolti e interfacce;
- la implementazione e sviluppo quali-quantitativo della capacità di risposta del sistema provinciale con particolare riferimento all'accessibilità e al corretto rispetto dei tempi di attesa, all'appropriatezza e alla sicurezza delle cure ed all'ottimizzazione del Sistema informativo/comunicativo delle informazioni sanitarie;
- la definizione di un programma di rete per il mantenimento, lo sviluppo e la diffusione delle competenze e dell'expertise qualificanti.

- **Assistenza oncologica**

Nell'ottica della promozione del modello del Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) nello sviluppo della rete clinico assistenziale, le azioni del prossimo triennio saranno orientate a rendere operativo il Polo Oncologico Provinciale. Gli interventi prioritari si concentreranno nei seguenti settori:

- Unificazione dei PDTA Oncologici a valenza provinciale;
- Creazione di PDTA Ematologici per macroarea: Linfomi, Mielomi, sindromi mielodisplastiche, leucemia, patologia ematologica non neoplastica;
- Presa in carico specialistica individuale in base al percorso nei PDTA e alla provincia di residenza
- Trattamenti in UMACA periferizzati in base alla residenza;
- Rete provinciale Onco-Ematologica: creazione di equipe mediche specialistiche a valenza provinciale;
- Individuazione e formazione della figura di Case Manager;
- Formazione del personale medico specialistico e infermieristico.

Produzione prevenzione

- ***Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute***

E' previsto un rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica e del suo assetto direzionale al fine di garantire interventi intersettoriali tempestivi, coordinati a livello territoriale e con le componenti ospedaliere. Le principali linee di sviluppo riguardano:

- Formalizzazione e diffusione di un programma (strumenti, modalità e tempi) per favorire gli interventi di prevenzione e promozione della salute che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.);
- Definizione del progetto di presa in carico gestionale all'interno del DSP, del coordinamento dei tre Programmi di Screening per la prevenzione dei tumori, nell'ottica di incrementare i livelli di copertura della popolazione target;
- Potenziamento del sistema di reti di epidemio-sorveglianza per la raccolta, gestione ed interscambio di dati ed informazioni tra i servizi e le autorità competenti, compresi i dati collegati alle schede di dimissione ospedaliera e realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica;

- Implementazione dei sistemi informativci di sanità pubblica per migliorare lo scambio dei dati e collaborare allo sviluppo di un organico sistema epidemiologico coerente con il disegno regionale e in grado di fornire tempestivi alert in caso di emergenze epidemiche;
- Ricognizione dei gestionali sanitari sui pricipali flussi informati vi relativi ai programmi si screening per rendicontare l'attività svolta su indicazione regionale e revisione critica dei principali indicatori sanitari in tema di screening, in coerenza con il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio e implementazione dei LEA;
- Miglioramento della comunicazione interna ed esterna (MMG, professionisti, stakeholder) e valutazioni epidemiologiche con comunicazione degli ambiti e dei livelli di rischio;
- Progettare e realizzare un sistema di sorveglianza sanitaria "unica", in linea con l'approccio *"One-Health"*, che includa persone, animali ed ambiente.

- **Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: nel prossimo triennio diventerà prioritario sviluppare le seguenti azioni:
  - ***Riordino dell'assistenza ospedaliera***
    - **Sicurezza delle cure**

L'UO Gestione del rischio e Medicina Legale, con la collaborazione dell'UO Governo Clinico Ospedale e Territorio, ha provveduto alla realizzazione del Piano Programma per la Sicurezza delle Cure 2020-2022. Il documento è stato presentato in Collegio di Direzione in data 9 luglio 2021 e sarà formalizzato dalla Direzione Generale entro la fine del mese di luglio 2021. Il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure in ambito Covid è stato redatto e formalizzato nell'anno 2020 ed è tutt'ora in corso di attuazione.

  - ***Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico***

    - **Assistenza perinatale**

Dovranno proseguire le azioni in essere per garantire una assistenza alla nascita in qualità e sicurezza, con un appropriato ricorso al taglio cesareo e la promozione del controllo del dolore nel travaglio di parto, attraverso gli strumenti e le metodiche in uso presso il punto nascita dell'Ospedale di Fidenza-Vaio.
E' stata fatta la relazione tecnica per la ripresa dell'attività di assistenza al parto presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro inviata al Ministero della Salute per la valutazione da parte della Commissione Nascita; andrà applicato, quando disponibile, il protocollo sperimentale per la riapertura dei punti nascita in montagna concordato con il livello nazionale.

    - **Appropriatezza farmaceutica**

La politica del farmaco intrapresa e sviluppata negli ultimi anni ha portato a risultati importanti sia nel conseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva che nel contenimento della spesa farmaceutica.
Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale s'inserisce nella politica sanitaria regionale e provinciale in un'ottica di rimodulazione, omogeneizzazione e potenziamento dell'offerta assistenziale e maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse promuovendo la continuità assistenziale tra territorio e ospedale, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, la corretta gestione del rischio clinico e promuovendo le condizioni "infrastrutturali" per supportare, sviluppare e consolidare l'innovazione dei processi e dei prodotti. L'obiettivo principale dell'assistenza farmaceutica rimane la promozione di percorsi terapeutici efficaci e sicuri, tali da garantire a tutti i

cittadini l'appropriatezza delle cure sia in ambito ospedaliero che sul territorio. Gli ambiti di sviluppo riguardano prioritaramente

- i progetti di farmacia clinica,
- il potenziamento della distribuzione diretta ,
- il governo della domanda e appropriatezza con interventi in ambito ospedaliero e territoriale attraverso il consolidamento e l'ulteriore sviluppo dell'integrazione dei processi e delle strategie di sistema, funzionali al governo provinciale della domanda, dell'appropriatezza farmaceutica e di utilizzo dei dispositivi medici (DM).

- ***Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico***

Nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione e delle linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) l'Azienda USL di Parma ha programmato e pianificato una serie di attività finalizzate a prevenire le ICA e promuovere l'appropriatezza nell'utilizzo degli antibiotici. Le attività pianificate per il triennio 2021-2023 riguardano i seguenti ambiti:

- formazione in tema di rischio infettivo e di uso appropriato e consapevole degli antimicrobici;
- promozione e monitoraggio dell'adesione alle pratiche di igiene delle mani;
- aggiornamento e redazione di procedure aziendali di sorveglianza e controllo del rischio infettivo;
- sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e delle infezioni del sito chirurgico (ISC).

Le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e rischio occupazionale sono state integrate in diversi gruppi di lavoro di livello Aziendale dove lavorano sinergicamente (Nucleo Strategico, Gruppo Aziendale Legionellosi, Rete Sicurezza delle cure, Gruppo Aziendale Igiene Mani, …). Circa l'armonizzazione ed integrazione della gestione del rischio clinico e dei sinistri, questi ultimi possono rappresentare importante fonte informativa per il rilievo di criticità di sistema od organizzative, oltre che di condotta individuale. L'utilizzo, in tal senso, ad integrazione della relazione medico-legale interna per la valutazione delle richieste risarcitorie, di una specifica scheda (report) contenente *item* che rimandino a voci proprie della gestione del rischio eventualmente applicabili al sinistro stesso (per condizioni "latenti" di sistema, per situazioni di carenza o incongrità documentali, per deficit correlati al tema del consenso informato…) diventa strumento di analisi trasversale, peraltro in grado di facilitare, anche in senso quali/quantitativo, la tipologia dei sinistri e le azioni di miglioramento poste in essere ai fini della sicurezza delle cure.

- ***Azioni per la tutela della salute degli operatori in sanità***.

Grande attenzione verrà posta sia al tema della "prevenzione del rischio biologico in ambiente sanitario" (DGR n. 351/18), con un rafforzamento dei programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario, con particolare riferimento alla vaccinazione antiinfluenzale ed alla vaccinazione anti COVID-19, che al benessere organizzativo degli operatori, con interventi finalizzati anche alla prevenzione delle aggressioni.
Proseguiranno le attività necessarie alla attivazione della cartella sanitaria e di rischio regionale.

- **Area dell'organizzazione:**

- ***Unificazione delle aziende a livello provinciale***

Con la Delibera di Giunta delle Regione Emilia Romagna nr. 737 n. 749 del 25/06/2020 alle Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma sono stati assegnati gli obiettivi di mandato, nei quali è espressamente indicato che " *per le Aziende parmensi assume particolare rilievo la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale*". Le Direzioni di AOU e di AUSL hanno quindi deciso di sviluppare un Progetto di Integrazione, con l'obiettivo di gettare le basi per l'unificazione delle due Aziende ampiamente descritto a pagina 9 del presente documento. Di seguito il cronoprogramma del Progetto:

Figura 1: Cronoprogramma del Progetto – il Gantt

	Apr. 2021	Giu. 2021	Sett 2021	Dic. 2021	Giu. 2022
Avvio attività gruppi di lavoro e prosecuzione		X	X	X	
Monitoraggio da parte del Gruppo di supporto Tecnico-Metodologico		X	X	X	X
Redazione documento primi risultati Gruppi di Lavoro - sintesi delle schede di mandato	X				
Stesura del Piano di Progetto per singola area con identificazione degli indicatori di verifica intermedia e del tempogramma		X	X		
Verifica intermedia e rendicontazione delle attività alla Direzione	X	X	X	X	
Verifica conclusiva degli obiettivi				X	
Valutazione di impatto del nuovo sistema integrato					X

Legenda: Attività da realizzare Attività realizzate

- ***Riordino dell'assistenza ospedaliera***
  - **Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali a Fascicolo Sanitario Elettronico**

Il FSE rappresenta un obiettivo strategico della c.d. sanità digitale, previsto dall'Agenda digitale italiana e europea, nonché dal Patto per la salute e Patto per la salute digitale. Al riguardo, inoltre, il vigente Piano triennale dell'Agid individua il FSE come una "piattaforma abilitante" del Paese, necessaria per lo sviluppo dei servizi sanitari digitali della Pubblica Amministrazione per il cittadino. Peraltro, ai fini del governo del settore sanitario, il FSE costituisce uno strumento strategico per la verifica dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, consentendo al professionista sanitario di consultare on-line la storia clinica del paziente ed evitando, in tal modo, anche sprechi derivanti dalla reiterazione di prescrizioni di esami clinici già effettuati.

In questo senso l'azienda nel triennio si pone l'obiettivo di completare l'invio di tutti i referti clinici alla piattaforma FSE anche considerando gli aspetti più critici di alcuni di questi (dati genetici, intermediazione di un medico…). Inoltre nel triennio si ritiene che l'accesso al FSE debba divenire uno strumeto quotidiano di accesso ai dati dei pazienti divendo parte integrante degli obiettivi delle articolazioni aziendali.

- ***Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale e territorio***

- **Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale**

La piattaforma di telemedicina regionale è stata implementata con la finalità di servire le zone "caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso", che per la nostra Regione coincidono principalmente con le aree montane. Il Progetto prevede che l'erogazione dei Servizi avvenga per il tramite delle Case della Salute, quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale e che tali Servizi siano erogati a favore dei pazienti con patologie croniche, più frequenti nella popolazione anziana e fragile, con l'obiettivo di fornire a pazienti precisamente individuati, nel contesto del Servizio Sanitario Regionale e Locale, forme di assistenza e prestazioni sanitarie mediante tecnologie affidate direttamente ai pazienti stessi o accessibili ai pazienti per il tramite di centri distribuiti sul territorio (Case della Salute) ed integrate con i sistemi ICT delle Aziende Sanitarie.
In specifico, il sistema consente la rilevazione a domicilio di alcuni parametri clinici quali, peso corporeo, pressione non invasiva, saturazione d'ossigeno e movimento. Alle case della salute è poi demandata la rilevazione della spirometria per pazienti specifici per i quali sia prevista tale indagine. Nella nostra realtà è attiva una sperimentazione che coinvolge due Case della Salute ubicate in area montana, la Casa della Salute di Varsi e Lagrisalute a Lagrimone, i pazienti sono stati reclutati dagli elenchi Risk-ER.
Gli elementi emersi su cui si intende lavorare come Azienda valorizzando e implementando quanto disponibile sula piattaforma regionale sono i seguenti:

1. Focalizzare le azioni di sviluppo rispetto al target della **Cronicità** e segnatamente all'ambito **Cardiologico, Diabetologico e Pneumologico,** unitamente ad alcune possibili applicazioni nell'ambito delle reti per le cure **Palliative** (SLA in particolare).
2. Prevedere l'adozione, alla luce dei target di cui al punto 1 di **ulteriori tipologie di device** (es. Glucometro) o di **maggior dotazione** di altri (Pulsossimetro).
3. Qualificare le CdS come "**hub" per l'erogazione di prestazioni specialistiche tramite la telemedicina** ottimizzando tempi e spostamenti per assistiti e professionisti (anche con il concorso del volontariato per i trasporti e l'accompagnamento).
4. Valorizzare in ottica telemedicina il lavoro di equipe tra **Infermiere ADI e Infermiere della Cronicità.**
5. Opportunità di consolidare l'uso della televisita e **teleconsulto** (molte le evidenze positive emerse per la **riabilitazione respiratoria** e la **logopedia**).

- ***Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale***

Rappresenta una opportunità davvero favorevole per le logiche di perseguimento di efficienza e riduzione costi, ma anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi. Il tutto rientra nel più ampio percorso di unificazione che vede impegnate Azienda USL ed Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (descritto a pagina 9 del presente documento) che vede già realizzata la concentrazione strutturale effettuata delle funzioni amministrative e tecnico professionali a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico. Dovrà continuare e ulteriormente svilupparsi il processo di integrazione dei servizi sanitari in una logica di rete e di poli assistenziali integrati, per un più intenso governo dei percorsi a

garanzia della qualità e continuità dell'assistenza, secondo le fasi previste del cronoprogramma del Progetto di Unificazione descritto sopra.

- ***Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (in attesa del contributo di Brambilla)***
  - **Sviluppo Progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio sanitario Regionale 2020-2022"**

La Direzione aziendale si attiene, nello sviluppo delle architetture e degli applicativi ICT, al Piano ICT del Servizio Sanitario Regionale e crea le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT in linea con il Piano AGID nazionale.Le aree in cui prioritariamente si prevede di sviluppare i progetti saranno: rete FSE; integrazione socio-sanitaria,

  - **Sviluppo Progetti ICT: rete FSE, integrazione sociosanitaria**

Il Piano di Ripresa e Resilienza si pone come obbiettivo, stanziando risorse economiche finalizzate, il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

Il progetto prevede: (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire; (ii) l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

  - **Innovazione dei sistemi per l'accesso**

Al fine di migliorare i sistemi per l'accesso le azioni di sviluppo del prossimo triennio dovranno prevedere la promozione di interventi per diffusione delle credenziali SPID di identità digitale per gli assistiti a sostegno della diffusione di sistemi innovativi di accesso.

- **Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi**

- **Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze**

Il Sistema Informativo Aziendale, struttura preposta al coordinamento ed al presidio dei flussi informativi, opera in stretto collegamento con il Servizio Informativo Regionale e partecipa regolarmente ai lavori del "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. m. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare). Grande attenzione è ora posta ai flussi collegati agli eventi epidemici.
Al fine di adempiere al meglio alle verifiche di tempestività e qualità, la struttura si doterà di un software specifico per calcolare l'accuratezza e la tempestività dei flussi, secondo il metodo SIVER dettato dalla Regione Emilia-Romagna.

- **Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti per la corretta erogazione dei LEA**

E' necessario perseguire il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati che alimentano il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, anche attraverso l'utilizzo di strumenti che consentano di monitorare la qualità e la tempestività dei flussi prodotti, con particolare riferimento a quelli utili ad alimentare il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

- **Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale**

E' necessario perseguire il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati che alimentano le banche dati regionali funzionali ad adempiere agli obiettivi di programmazione e pianificazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti che consentano di monitorare la qualità e la tempestività dei flussi prodotti.

- ***POLA – Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L. 34/2020)***

il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno da parte delle amministrazioni pubbliche, sentite le organizzazioni sindacali, quale sezione del Piano della Performance 2021-2023 ed è, quindi, ampiamente descritto al capitolo n. 6.

- ***Accreditamento istituzionale***

l'Azienda sarà impegnata a mantenere la conformità agli indirizzi della DGR 1943/17 in cui si stabilisce che i requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private. Per il livello dipartimentale l'attenzione prioritaria sarà orientata alla verifica della conformità ai requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento Cure Primarie, anche nell'ottica della transazione verso un Dipartimento Aziendale delle Cure Primarie. Verifiche già in programma riguarderanno i Programmi di Screening ed il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita.

- **Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza:**

  - ***Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit***

L'Azienda considera la promozione della cultura della legalità tra gli indirizzi strategici, la cui declinazione avviene mediante l'attuazione dei sistemi operativi in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. Oltre alla principale normativa, ossia la legge n. 190/2012 e decreti collegati, riferimento è costituito anche dalla legge regionale n. 9/2017, il cui art. 5 sottolinea e rafforza l'impegno delle amministrazioni sul tema del contrasto all'illegalità con politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Obiettivi strategici

Le scelte e i macro obiettivi strategici strategiche dichiarati nei Piani per la trasparenza e prevenzione della corruzione, confermati nell'ultimo aggiornamento 2021/2023:

Impegno il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) costituisce "l'insieme degli impegni" che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità. Si tratta di un "unitario sistema" le cui attività di pianificazione descritte nel documento si configurano come un processo ciclico in cui le strategie, le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati annualmente anche in ragione degli esiti della loro applicazione; uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, consci della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà di realizzazione. E nel sistema svolgono un ruolo di necessario coinvolgimento, con le rispettive funzioni e responsabilità, tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

Adempimento Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempiere a quanto indicato dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, pur coscienti che non configura l'obiettivo vero di strategie ed azioni da mettere in campo. Costituisce comunque una leva rilevante per dedicare tempo e risorse ed anche, in particolare, per ottenere la collaborazione delle varie unità organizzative, dei dirigenti e di tutti i soggetti operanti in Azienda.

Miglioramento organizzazione e attività Mappature dei processi, analisi dei rischi e individuazione delle misure (generali e specifiche) non deve essere finalizzato esclusivamente alle strategie proprie di prevenzione, ma rappresentano occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse, valorizzazione del personale, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

Promozione cultura della legalità Al di là di qualsiasi misura od adempimento prevista, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema, di cui si è parte, sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico; il bisogno vero è appunto un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello.

Aree/Obiettivo prioritarie

Gli ambiti di intervento di seguito indicati rappresentano i grandi campi d'azione più importanti nei quali sono da esplicarsi le principali attività:

Trasparenza: obblighi di pubblicazione (sezione Trasparenza del Piano e relativa tabella, ed eventuali aggiornamenti in corso d'anno), Accesso Civico "generalizzato" (diritto da assicurare da parte di ogni unità organizzativa competente, indicazioni regolamentari in specifico allegato al Piano)

Prevenzione della corruzione: mappature processi e valutazione rischi (tabelle allegate al Piano), Misure e strumenti generali (descritte nel Piano), Misure specifiche (le azioni previste per le varie unità organizzative, tabelle nel Piano).

Internal Audit

La sensibilità verso la tematica dei controlli da parte della Pubblica Amministrazione è da sempre presente ed elevata, anche se il profilo di esercizio dei medesimi è apparso più orientato alla osservanza formale dei precetti normativi, che non alla valutazione dell'efficienza dei processi di lavoro e dell'efficacia della complessiva azione gestionale. In tale ottica, il Sistema dei Controlli, definibile come "Insieme di strumenti che sorvegliano il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda e consentono di ottimizzare il profilo di rischio", è parte integrante dell'attività di governo dell'Azienda.

Un ulteriore passo evolutivo del sistema di controllo interno è rappresentato dalla circostanza che il medesimo non soltanto identifica i rischi e le strategie operative per prevenirli e fronteggiarli, ma cerca altresì di tratteggiare un profilo di rischio sostenibile, in quanto la capacità di assumere e gestire i rischi rappresenta ormai un elemento necessario per garantire la continuità della vita dell'Azienda che si affianca ai processi di pianificazione e di controllo di gestione. Da un punto di vista pratico, l'attività dell'Internal Auditing si esplicita in analisi, valutazioni e raccomandazioni in merito all'effettivo funzionamento dei processi interni e di controllo interno, avendo quale riferimento la legislazione nazionale e le migliori prassi nazionali ed internazionali in materia di controllo interno.

Per lo svolgimento della funzione di Internal Auditing, le Aziende Sanitarie di Parma, in attuazione del processo di integrazione delle funzioni di area tecnico-amministrativa e staff, hanno istituito la Struttura Interaziendale "Internal Auditing" con Delibere n. 371 del 27/09/2016 (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) e n. 644 del 28/09/2016 (Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma). Gli obiettivi strategici e operativi della Struttura Interaziendale di Internal Auditing, contenuti nel Piano di Audit 2021-2023, vertono essenzialmente su tre grandi pilastri di azione oltre ad ambiti di attività condivise con le Direzioni Aziendali:

- il Sistema di Controllo Interno;
- il GAAC (Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile);
- il percorso volto a raggiungere la certificabilità dei bilanci con l'introduzione di sistemi di controllo interno (PAC).

Il ***Sistema di Controllo Interno*** trova rispondenza nel Piano Triennale di Audit 2021-2023 approvato con Delibera dei Direttori Generali e prevede al suo interno ambiti di azione e attività di audit condivise con le Direzioni Aziendali per ciascun anno; sono comunque possibili eventuali variazioni sulla base della valutazione del rischio e sulla base degli obiettivi aziendali e delle indicazioni strategiche delle Direzioni Aziendali.
Il Piano di Audit 2021 concentra le attività sulla valorizzazione del Sistema di Controllo Interno. Il progetto si esplica attraverso una capillare formazione sul campo, l'interazione con gruppi di lavoro, la partecipazione a iniziative mirate prevalentemente al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura. Il programma formativo prevede una prima edizione teorico/pratica con il gruppo di lavoro e una seconda fase di lavoro in back-office. Il progetto prevede l'attribuzione dei crediti ECM a tutte le professioni coinvolte. La definizione puntuale dei controlli di primo livello sui processi di tutte le Unità Organizzative, trova riscontro nel Piano di Audit 2022 con la redazione del Manuale dei Controlli Interni sui processi identificati maggiormente a rischio. Nel Piano di Audit 2023 l'obiettivo inerente il Sistema di Controlli Interni riguarda la verifica del Manuale, ossia il riscontro dell'effettiva applicazione dei controlli nell'ambito dei processi maggiormente a rischio.
Nel percorso di implementazione del **GAAC**, in base anche a quanto programmato nel Piano di Audit 2021-2023, la Struttura di Internal Auditing si occuperà delle seguenti attività:

- verifica della *compliance* alle norma PAC: controllo che la nuova piattaforma informatica rispetti gli assunti base della certificabilità di bilancio con particolare riferimento ai controlli informatici ed automatizzati e alla separazione delle funzioni e delle responsabilità;
- programmazione della revisione delle procedure PAC;
- riscontro dei controlli sistematici e standardizzati sui percorsi.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

Le Aziende Sanitarie di Parma hanno avviato un percorso di razionalizzazione e certifcabilità dei sistemi amministativo-contabili, dove sono stabiliti requisiti comuni in termini di standard organizzativi contabili e procedurali, schematizzati per aree di bilancio. In tale contesto, le Direzioni aziendali hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci, portando a termine gli adempimenti legati alla Revisioni Limitate, da cui sono scaturite azioni di miglioramento.
Le Direzioni aziendali, avvalendosi della funzione di "Internal Auditing", intendono perseguire, nel triennio, il percorso di miglioramento attraverso attività di Follow-up, verifica e implementazione in quanto le procedure devono essere intese non come mero adempimento ma come strumento di gestione.
La Struttura di Internal Auditing ha tracciato un percorso condiviso con le strutture direttamente coinvolte (in primis, i settori economico finanziario e acquisizione beni), al fine sia di garantire il rispetto dei nuovi adempimenti normativi, sia di favorire la crescita del livello di qualità dei dati amministrativi. Ricordando che il PAC prevede la redazione di una serie di procedure, modellate direttamente sulle varie attività delle Aziende finalizzate ad uniformare e formalizzare le attività e le funzioni svolte dai vari operatori, si è voluto proporre un percorso in itinere che prevede la costruzione delle procedure amministrativo-contabili secondo le Linee Guida Regionali e le Revisioni Limitate del Collegio Sindacale ma soprattutto in questa fase, procedure costruite a partire da un modello da applicare in modo uniforme alle diverse aree e attività delle Aziende. In particolare, oltre agli elementi costituenti lo schema di una procedura amministrativo-contabile quali lo scopo, il diagramma di flusso, ecc., si vuole definire l'applicazione dei controlli di primo livello, parte essenziale del Sitema di Controllo Interno. Tali controlli predisposti dal management operativo (controlli di linea e control owner), hanno lo scopo di verificare che ciascuna fase del processo e attività, contribuisca al raggiungimento degli obiettivi. Considerato il necessario iter di Certificabilità e la necessità di riorganizzare le procedure amministrativo-contabili, la Struttura di Internal Auditing prevede un percorso formativo sul campo volto a definire un approccio metodologico aziendale alla definizione dei controlli di primo livello nei vari ambiti aziendali che potrà essere impiegato per le procedure amministrative delle diverse aree aziendali. Volutamente, si è scelto di percorrere la via interna coinvolgendo tutte le Strutture amministrative e tecniche al fine di accrescerne le competenze e la professionalità.

Dimensione di Performance dell'innovazione e dello sviluppo

Rappresenta la performance connessa all'innovazione, all'eccellenza tecnologica, alle competenze al clima interno ed alla motivazione ed è distinta in due aree:

- **Area della Ricerca e della didattica**

  - **Attività di ricerca**

    La funzione di ricerca, condizione imprescindibile per perseguire l'innovazione, è definita dalla normativa nazionale e regionale quale compito istituzionale delle aziende sanitarie, al pari delle funzioni di assistenza e cura ed impegno prioritario dell'Azienda sarà promuovere la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca sia clinica che organizzativa anche in collaborazione con l'Università.

- **Area dello sviluppo organizzativo**

  - **Valorizzazione del capitale umano**

    La programmazione della formazione aziendale, nell'ambito del miglioramento dei processi organizzativi, dell'innovazione tecnico-professionale, dell'integrazione tra aspetti clinico-assistenziali e scientifici, è orientata allo sviluppo e alla valorizzazione delle dimensioni professionali e relazionali. Nello specifico, l'Azienda sostiene il proprio sistema organizzativo orientato all'innovazione e al cambiamento attraverso strategie e metodologie di dimostrata efficacia formativa, come suggerisce la letteratura più recente, che favoriscono anche le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti. Date queste premesse, si definisce il quadro di

riferimento, entro cui si individuano le azioni formative in grado di modificare i comportamenti individuali per il miglioramento continuo, sia a livello aziendale sia a livello interaziendale, nelle sue diverse dimensioni tecniche, organizzative, gestionali e relazionali, in funzione degli attuali cambiamenti sistemici ed emergenziali, come segue:

- progettazione e realizzazione di programmi formativi specifici atti a garantire il massimo grado di preparazione dei professionisti sanitari chiamati ad affrontare le emergenze epidemiche. È prevista inoltre un'adeguata attività formativa per il personale non sanitario in aree tematiche di pertinenza;
- azioni a sostegno dell'innovazione e del cambiamento organizzativo, attraverso la progettazione e la realizzazione di percorsi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze professionali (sia trasversali che distintive), comprensivi di valutazione di efficacia dell'apprendimento, modifica dei comportamenti nonché di impatto sui processi organizzativi;
- orientamento della progettazione dei percorsi formativi aziendali sugli obiettivi prioritari di formazione, individuati a livello regionale, nella prospettiva di integrazione interaziendale e di Area Vasta, al fine del miglioramento continuo del sistema e dell'accrescimento della qualità dei servizi per l'utenza nonché dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche;
- progettazione e realizzazione di percorsi nonché di esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- valorizzazione dei servizi a sostegno della produzione scientifica dei professionisti: garantendo l'accesso alla documentazione scientifica, attivando collaborazioni e divulgando le modalità di fruizione;
- proseguire nel percorso di miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e nell'orientare i sistemi premianti (economici e non economici), nonché i profili di sviluppo individuali, agli esiti della valutazione, coerentemente con il percorso delineato nel Piano Interaziendale di avvicinamento allo standard della delibera n. 5/2017 dell'OIV-SSR, denominato "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del personale".

Dimensione di Performance della sostenibilità

Rappresenta la performance che presidia l'area dei risultati economici, della produttività e dei costi ed è distinta in due aree:

- **Area economico-finanziaria**

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

Impegno dell'Azienda sarà il raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria, a rispettare il rispetto del vincolo di bilancio assegnato ed a concorrere al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del SSR. Per quanto riguarda il governo dei processi di acquisto, compresi i farmaci ed i dispositivi medici, sarà impegno dell'azienda rispettare la programmazione degli acquisti definita da Intercent-ER, aderire alle convenzioni, rispettare le percentuali di adesione agli acquisti tramite intercent-ER ed Area Vasta fissati

dalla programmazione regionale. In merito al governo delle risorse umane, l'Azienda oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, si adopererà per una efficiente allocazione delle risorse mantenendo una regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza. Inoltre, sulla base delle direttive regionali ed in coerenza con le linee strategiche di programmazione contenute nel presente documento, elaborerà il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) che orienterà i contenuti dei Piani di Assunzione annuali

- **Area degli investimenti**

  - **Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio (in attesa del contributo di Saviano)**

In questo settore sarà necessario orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke ed, a livello territoriale, sulle Case della Comunità; sarà necessario altresì effettuare investimenti in tecnologie biomediche ed informatiche per garantire la dislocazione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa (anche attraverso lo sviluppo della telemedicina), ed adottare criteri di razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e delle tecnologie.

  - **Azioni per lo sviluppo sostenibile (in attesa del contributo di Saviano)**

In questo settore si orienteranno prioritariamente gli investimenti , sia strutturali che impiantistici, su parte del patrimonio edilizio aziendale, al fine ridurre i consumi energetici. Tali interventi consisteranno sia nel miglioramento delle prestazioni energetiche dei fabbricati, (superfici opache e trasparenti), sia nella riqualificazione degli impianti di illuminazione presenti e anche attraverso installazioni di sistemi di produzione di energia da fonti rinnovabili. Sulle nuove progettualità verrà perseguito l'obiettivo di raggiungere livelli prestazionali superiori a quelli minimi previsti dalla normativa vigente.

Tabella di sintesi di correlazione tra dimensione di performance ed obiettivi di mandato del Commissario Straordinario ed altri obiettivi di particolare rilevanza

Dimensioni di Performance	Obiettivi di Mandato del Commissario Straordinario (ex DGR 749/20) e altri obiettivi di particolare rilevanza
1 Performance dell'utente	
1.1 Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	**1.1.1 (1.1)** Riordino dell'assistenza ospedaliera – Riduzione dei tempi di attesa
	1.1.2 (1.1) Riordino dell'assistenza ospedaliera – Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza
	1.1.3 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio – Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
	1.1.4 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio – Percorsi di assistenza protesica
	1.1.5 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio – Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e diseguaglianze
	1.1.6 (1.8) Azioni a sostegno dell'equità
1.2. Area dell'integrazione	**1.2.1 (1.2)** Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Completamento del programma di realizzazione delle CdS e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano sociale e Sanitario 2017-2019
	1.2.3 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico
	1.2.4 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità
	1.2.5 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Sviluppo delle cure domiciliari
	1.2.6 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio – Sviluppo della rete di cure palliative
	1.2.7 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio – Sviluppo della medicina di iniziativa
	1.2.8 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche
	1.2.9 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio - Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale
	1.2.10 (1.5) Assistenza farmaceutica – Completamento del Programma di attuazione della Farmacia dei Servizi
	1.2.11 (1.6) Integrazione sociosanitaria – Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti
	1.2.12 (1.6) Integrazione sociosanitaria – Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza
	1.2.13 (1.6) Integrazione sociosanitaria – Governo della rete dei servizi sociosanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la vita indipendente e all'attuazione del Programma regionale sul "Dopo di Noi" per l'assistenza alle persone con grave disabilità
1.10. Area degli esiti	***
2 Performance dei Processi Interni	
2.1 Area della produzione	**2.1.1 (1.1)** Riordino dell'assistenza ospedaliera
	2.1.2 (1.1) Riordino dell'assistenza ospedaliera - Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza

	2.1.3 (1.1) Riordino dell'assistenza ospedaliera - Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva
	2.1.4 (1.1) Riordino dell'assistenza ospedaliera - Assistenza oncologica
	2.1.5 (1.3) Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute
2.2 Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	**2.2.1 (1.1)** Riordino dell'assistenza ospedaliera – Sicurezza delle cure
	2.2.2 (1.4) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico – Assistenza perinatale
	2.2.3 (1.4) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico – Appropriatezza farmaceutica
	2.2.4 (1.7) Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
	2.2.5 (1.9) Azioni per la tutela della salute degli operatori in sanità
2.3 Area dell'Organizzazione	**2.3.1 (Premessa)** Unificazione Aziende a livello provinciale
	2.3.2 (1.1) Riordino dell'assistenza ospedaliera – Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al FSE
	2.3.4 (1.2) Consolidamento delle CP, sviluppo CdS, integrazione ospedale-territorio – Sviluppo Progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale
	2.3.5 (2.2) Percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi del Servizio Sanitario Regionale
	2.3.6 (2.3) Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi - Sviluppo Progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio sanitario Regionale 2020-2022"
	2.3.7 (2.3) Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi - Sviluppo Progetti ICT: rete FSE, integrazione sociosanitaria
	2.3.8 (2.3) Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi - Innovazione dei sistemi per l'accesso
	2.3.9 (2.6) Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi nei flussi informativi - Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze
	2.3.10 (2.6) Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi nei flussi informativi - Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti per la corretta erogazione dei LEA
	2.3.11 (2.6) Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi nei flussi informativi - Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale
	2.3.12 POLA – Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L. 34/2020)
	2.3.13 Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale
2.4 Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	**2.4.1 (2.9)** Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione generale di audit
3 Performance dell'Innovazione e dello sviluppo	
3.1. Area della ricerca e della didattica	**3.1.1 (2.6)** Attività di ricerca
3.2. Area dello sviluppo organizzativo	**3.2.1 (2.7)** Valorizzazione del capitale umano
4 Performance della sostenibilità	
4.1. Area economico-finanziaria	**4.1.1 (2.1)** Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
	4.1.2 (2.5) Governo delle risorse umane
4.2. Area degli investimenti	**4.2.1 (2.4)** Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico

	4.2.2 (2.8) Azioni per lo sviluppo sostenibile

*** cfr. Area degli Esiti pag. 59

5. La Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

La programmazione degli obiettivi tiene conto delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento per la gestione del Servizio Sanitario Regionale. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance e, con la contestualizzazione annuale nel Piano delle

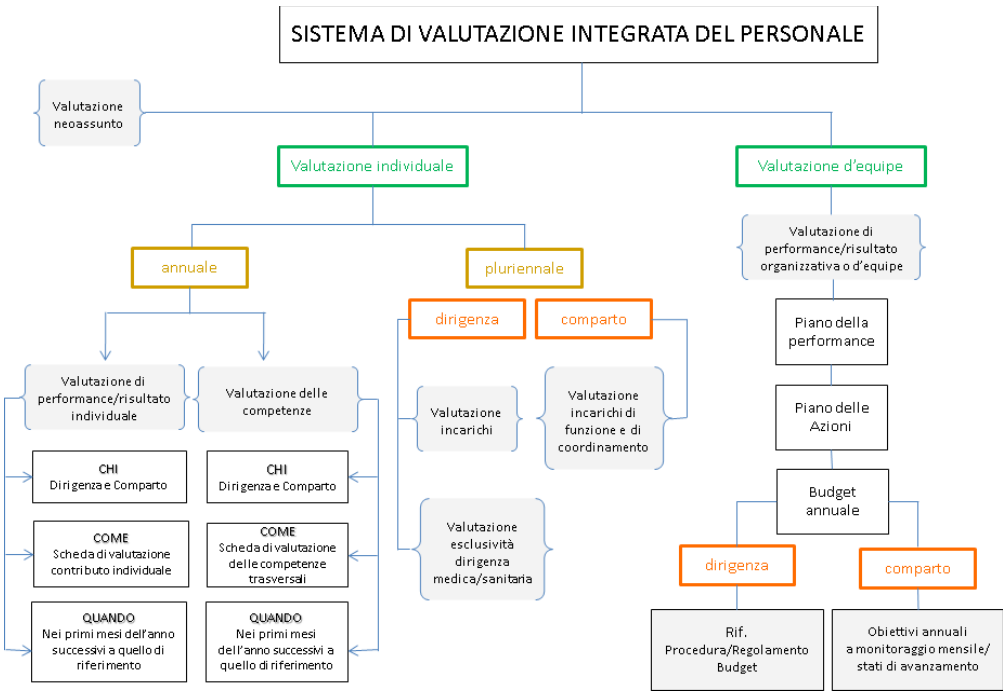
Azioni (Linee Guida Budget), si esplicita operativamente attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali. La coerenza della traduzione della strategia in azione è oggettivata dal puntuale richiamo degli obiettivi più strategici, contenuti nel Piano della Performance, nel Piano delle Azioni, i cui obiettivi sono a loro volta richiamati negli obiettivi di Performance Organizzativa presenti nelle schede di Budget. Molto solido è il sistema informativo utilizzato nel Ciclo della Performance (software G-Zoom) che consente di gestire in forma integrata i documenti di programmazione ed una lettura trasversale del processo. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo. E' responsabilità del Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso l'U.O. Controllo di Gestione, sovraintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.
Il sistema si articola in quattro fasi:

1. ***Programmazione***
   È la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il **Piano Triennale della Performance**, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità. La contestualizzazione annuale degli obiettivi avviene attraverso il **Piano delle Azioni** in cui trovano declinazione anche obiettivi più specifici legati ai diversi ambiti di attività. La comunicazione degli obiettivi strategici ha una valenza prioritaria ed è sotto la diretta responsabilità delle Direzioni Distrettuali e Dipartimentali e dei Responsabili di Struttura.
2. ***Formulazione del budget***
   Gli esiti della negoziazione tra Direzione Aziendale e Direzioni Dipartimentali vengono sintetizzati nelle Schede di Budget che contengono gli obiettivi da perseguire (direttamente riferiti al Piano delle Azioni e al Piano della Performance) con i relativi indicatori di verifica e lo standard di riferimento.
3. ***Svolgimento e monitoraggio dell'attività***
   Viene fatta una verifica trimestrale (Budget Dipartimenti Cure Primarie) e semestrale per gli altri Dipartimenti. Per gli obiettivi con indicatori numerici desumibili dalle procedure informatizzate aziendali la verifica viene fatta direttamente dal Controllo di Gestione; per quegli obiettivi non numerici connessi o alla presentazione di una relazione o alla verifica di una modifica organizzativa, sono oggetto di specifiche richieste ai Responsabili di Struttura. Il Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso il Controllo di Gestione, organizza incontri periodici con i Direttori di riferimento per una analisi ed una valutazione congiunta dei risultati.
4. ***Reporting e valutazione***
   I reports sono prevalentemente trimestrali, espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda. Nella forma e nei contenuti sono definiti in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, Direzione Dipartimentale, Direzione di Articolazione.

Riferimenti generali al sistema aziendale di valutazione integrata del personale e Sistema d'incentivazione del personale dirigente e del personale dell'area comparto

Con l'attivazione di un sistema di valutazione integrata del personale si intende garantire un processo di valutazione equo e dinamico attraverso l'organizzazione e la gestione di tutte le tipologie di valutazione che riguardano il personale in una logica di sistema omogeneo e interaziendale. L'Organismo Indipendente di Valutazione delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR) ha pubblicato nel 2017 la **Delibera 5** dedicata al **Sistema di valutazione integrata del personale** contenente le linee guida e di indirizzo a cui le aziende devono progressivamente adeguarsi.

Le Aziende sanitarie di Parma hanno provveduto all'adozione, con atto n. 1113 del 27.12.2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e deliberazione n. 985 del 27 dicembre 2018 dell'Azienda Usl, del Piano Interaziendale di avvicinamento allo standard della delibera n. 5/2017 dell'OIV-SSR, denominato "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del personale", che risulta connesso con le attività di relazione con i soggetti sindacali e con l'adeguamento dei sistemi a livello di contrattazione integrativa e che tale Piano è orientato alla strutturazione di un sistema integrato e omogeneo, da un punto di vista interaziendale, di valutazione del professionista sia all'interno dell'organizzazione che individuale.
Entrando nel merito del Sistema interaziendale osserviamo che il processo di valutazione, pur con peculiarità legate alle diverse tipologie di valutazione e alle specifiche indicazioni contrattuali, declinate nelle Istruzioni operative, è articolato in **valutazioni individuali** e in **valutazioni di équipe. Trova applicazione in tutti i contesti organizzativi e con riferimento alle aree sia della dirigenza che del comparto** dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e interessa anche il personale universitario che svolge attività assistenziale o a supporto della stessa. La rappresentazione grafica che segue illustra sinteticamente la complessità del Sistema di valutazione integrata. Il focus è qui rivolto alle valutazioni di performance/risultato, sia organizzativa o d'equipe che individuale, in quanto connesse alla retribuzione di risultato per la dirigenza e al sistema di incentivazione del personale del comparto. Retribuzione di risultato per la dirigenza e sistema di incentivazione del personale del comparto sono correlati alla valutazione di performance/risultato con quote diversificate tra performance organizzativa e performance individuale come definite nei rispettivi Accordi aziendali con le OO.SS. di categoria.



La valutazione di PERFORMANCE/RISULTATO ORGANIZZATIVA o d'EQUIPE

La performance organizzativa si riferisce alla cosiddetta valutazione di équipe.

Gli obiettivi di performance organizzativa (obiettivi di équipe/CdR) devono essere coerenti con la pianificazione e programmazione strategica aziendale e vengono declinati nel sistema di budget che è parte integrante del ciclo della performance. Il ciclo delle performance corrisponde a un processo di gestione per

obiettivi, da quelli strategici a quelli operativi, con conseguente definizione dei budget e allocazione delle risorse. Il budget è dunque un processo formale e dinamico, caratterizzato da una serie di specifiche fasi e correlati documenti, finalizzato al governo della complessiva gestione aziendale.
Il budget viene definito, nella delibera 1/2014 dell'OIV-SSR, un processo *"a cascata"* rispetto al Piano della Performance (PdP), che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono riflettersi in una parte dei target di budget. La negoziazione degli obiettivi di budget avviene secondo quanto indicato nella procedura aziendale relativa al regolamento di budget.
Per la dirigenza il sistema di retribuzione di risultato legato alla performance organizzativa è correlato alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture organizzative aziendali, concordati con i Direttori dei Dipartimenti e con i Direttori e i Responsabili delle strutture (complesse e semplici) in sede di definizione della programmazione annuale. Il sistema prevede, appunto, l'utilizzo dei risultati annuali quale modalità di misurazione della performance organizzativa e la retribuzione di risultato è connessa al conseguimento degli obiettivi oggetto di incentivazione riportati nelle schede di budget e nei documenti di programmazione delle diverse strutture.
Per l'area Dirigenza della Sanità e Area Dirigenza PTA l'impianto generale dell'istituto contrattuale della retribuzione di risultato si fonda sui 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;**
- **processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;**
- **attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato;**
- **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;**
- **chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica.**

Il percorso valutativo avviene a consuntivo e con cadenza annuale:

- **per tutti i dirigenti in relazione al conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni/strutture di riferimento;**
- **successivamente, da parte dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), per quanto concerne l'appropriatezza metodologica del percorso valutativo.**

Le quote individuali spettanti a ciascun dirigente a consuntivo vengono determinate in relazione ai seguenti criteri:

1. **valorizzazione delle quote spettanti a ciascun dirigente, risultanti dall'attribuzione di un coefficiente correlato alla tipologia di incarico dirigenziale conferita;**
2. **grado di raggiungimento degli obiettivi complessivi di équipe (sia di dipartimento sia di struttura complessa e semplice) a seguito dell'espletamento del processo valutativo sopra delineato.**

A consuntivo dei risultati, in caso di mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi di équipe incentivati in sede di budget, la retribuzione di risultato sarà corrisposta secondo le seguenti percentuali:

- **al 100% se i risultati saranno conseguiti in percentuale maggiore o uguale al 90%;**

- **in misura proporzionale ai risultati raggiunti qualora i medesimi siano conseguiti in percentuale compresa tra 51% e 89%;**
- **nessuna corresponsione se i risultati saranno conseguiti in percentuale inferiore o pari al 50%.**

3. presenza in servizio del dirigente.

Per quanto riguarda il **comparto**, gli obiettivi di performance organizzativa assegnati a un'équipe/CdR hanno lo scopo di assicurare un coinvolgimento complessivo di tutti i componenti verso il raggiungimento di obiettivi comuni, sottolineando quindi la complementarietà e l'integrazione che deve caratterizzare il lavoro all'interno dell'équipe. Sono individuati annualmente a livello aziendale una serie di obiettivi di performance organizzativa di incentivazione annuale declinati in obiettivi specifici, indicatori di risultato, ruoli e profili professionali coinvolti e si procede quindi all'assegnazione degli obiettivi al personale tramite presa visione sul cruscotto personale. La composizione dell'équipe e l'assegnazione degli obiettivi al personale viene effettuata dal Responsabile dell'Articolazione/Unità operativa/Servizio Aziendale, precisando che ad ogni operatore occorre sia assegnato almeno uno dei suddetti obiettivi di incentivazione annuali. Gli obiettivi di performance devono essere coerenti con la pianificazione e programmazione strategica aziendale. Il premio correlato alla performance organizzativa viene riconosciuto a fronte della fattiva partecipazione dagli operatori al raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati ogni anno alle diverse strutture con i documenti aziendali di programmazione, quali il Piano delle Azioni, il Piano della Performance e le schede di Budget e/o con percorsi paralleli e complementari rispetto ad essi. Per ogni obiettivo viene predisposta una scheda, compilata dal Responsabile Aziendale dell'obiettivo, in cui sono indicati l'obiettivo specifico, gli indicatori di risultato, i ruoli e i profili professionali coinvolti.
Il monitoraggio e la verifica del conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa sono di competenza del Responsabile Aziendale dell'obiettivo nell'ambito del percorso valutativo attivato a livello aziendale. Il riconoscimento della produttività collettiva è disposto per quote di incentivazione legate al monitoraggio degli stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi come individuati a livello aziendale per l'anno di riferimento.
Gli importi vengono erogati:

- in misura parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento per obiettivi conseguiti fino al 89%, totale per obiettivi conseguiti tra il 90% e il 100%;
- in misura proporzionale ai giorni di presenza in servizio nel mese di riferimento.

Il percorso valutativo avviene a mensilmente a consuntivo successivamente, da parte dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), per quanto concerne l'appropriatezza metodologica del percorso valutativo.

La valutazione INDIVIDUALE annuale

Il processo di valutazione individuale annuale prevede tempistiche e strumenti specifici e coinvolge diversi attori. L'esito della valutazione individuale annuale costituisce, altresì, elemento valutativo nelle valutazioni pluriennali (ove previste). **La valutazione individuale annuale viene effettuata** nel periodo indicato da comunicazione aziendale di avvio. **Valutazione individuale di performance/risultato e valutazione delle competenze vengono effettuate contestualmente**, così da rendere più fluido e meno oneroso il processo complessivo della valutazione individuale annuale.
Il processo di valutazione individuale annuale coinvolge:

- ✓ **il Valutato:** tutti **i dipendenti** (del **Comparto** e della **Dirigenza**) che hanno un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno o impegno ridotto e che siano stati presenti in Azienda per almeno 6 mesi (anche non continuativi) nel corso dell'anno. E' valutato altresì il

personale universitario inserito in assistenza, nonché il personale del comparto università che svolge funzioni di supporto all'attività assistenziale.

- ✓ **il Valutatore:** coincide con **il responsabile** gerarchico del dipendente (o suo f.f.) al momento della valutazione, secondo la linea gerarchica prevista dall'organizzazione aziendale.
- ✓ La **SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane** governa il sistema di valutazione integrata del personale per le due Aziende.
- ✓ L'**OAS,** che è l'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV –SSR (Organismo Indipendente di Valutazione del SSR), ha un duplice ruolo di garanzia sulla correttezza metodologica dell'intero processo e sull'eventuale valutazione di seconda istanza.

Nelle Aziende sanitarie di Parma **la valutazione di performance/risultato individuale** è riferita al contributo individuale del singolo dipendente al conseguimento degli obiettivi assegnati all'équipe di afferenza , nonché al miglioramento dei servizi e al raggiungimento degli standard aziendali. Le risorse, le modalità e gli strumenti per valorizzare il contributo individuale, in materia di retribuzione di risultato per tutte le aree dirigenziali e di sistema di premialità per l'area comparto sono condivisi con le Organizzazioni Sindacali.

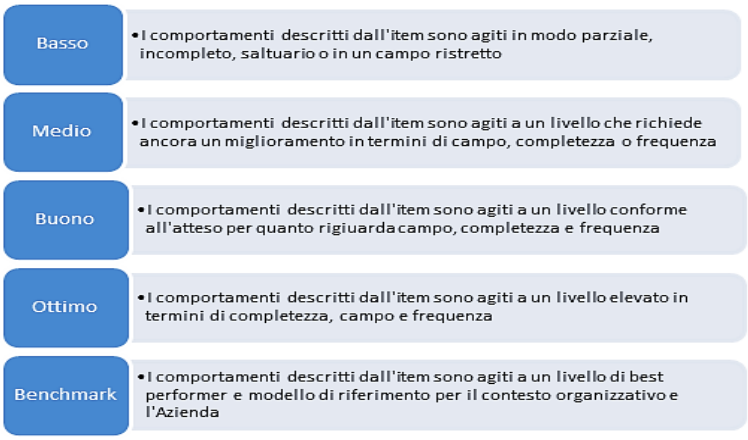
La scheda di valutazione di performance/risultato individuale

La scheda prende in considerazione **alcuni item di comportamento** come parametri di misurazione dell'impegno fornito, della partecipazione a progetti aziendali o di struttura, dell'allineamento a piani, codici, regolamenti, direttive aziendali, linee guida ecc… La scheda di valutazione è stata concepita per essere **utilizzata in modo trasversale sia per la dirigenza, sia per il comparto**. Per questo motivo la descrizione degli item è generale e non entra nello specifico dei singoli ambiti organizzativi; risulta pertanto opportuno adattare convenientemente i contenuti descritti (che non possono essere modificati nella scheda) al contesto in cui opera il valutato.

ITEM	DESCRIZIONE	AMBITO DI APPLICAZIONE
1	partecipazione alla progettazione e/o realizzazione e messa in atto di PDTA o progetti dipartimentali, aziendali, interaziendali, extra-aziendali,....	Dirigenza e Comparto
2	partecipazione a riunioni e/o progetti di SC/UO e/o a formazione e addestramento neo-inseriti e/o attività di governo clinico …	Dirigenza e Comparto
3	rispetto di codici, regolamenti, delibere e direttive aziendali, linee guida, istruzioni e procedure	Dirigenza e Comparto
4	puntualità sul posto di lavoro, disponibilità e/o flessibilità nell'orario	Dirigenza e Comparto
5	impegno assicurato al raggiungimento dei risultati della Struttura organizzativa, tenendo conto del livello di autonomia e di qualità dell'impegno	Dirigenza e Comparto

Gli item della scheda pesano tutti allo stesso modo.

La **scala di valutazione** per fasce esprime il contributo fornito rispetto al singolo item. Il **grado di valutazione** esprime il livello del contributo espresso. I gradi della griglia vanno da 1 (basso) a 5 (Benchmark)



L'attribuzione della quota di incentivazione è effettuata sulla base dei seguenti elementi:

- i gradi della griglia di valutazione vanno da 1 (basso) a 5 (benchmark) e gli item pesano tutti nello stesso modo;
- l'esito della valutazione è correlato all'erogazione della retribuzione di risultato con un coefficiente di ripartizione proporzionale al punteggio ottenuto;
- un punteggio complessivo pari a 20 è sufficiente per avere la corresponsione del 100% della quota di incentivazione collegata alla valutazione individuale;
- il grado di valutazione Basso su tutti gli item della scheda (punteggio complessivo pari a 5) corrisponde ad una valutazione individuale che implica la non corresponsione della quota di incentivazione collegata con la valutazione individuale.

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

6. Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

La Deliberazione di Giunta regionale n. 819 del 31 maggio 2021, nel definire le Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR e dare

indicazioni con riferimento alla struttura e contenuti del Piano e della Relazione della performance, individua le modalità di coordinamento tra il Piano della performance (PdP) stesso e altri piani e documenti previsti da norme nazionali per i quali è previsto specifico rinvio al PdP stesso. Tra questi vi è anche il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno da parte delle amministrazioni pubbliche, sentite le organizzazioni sindacali, quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (il piano della performance). Il POLA, dunque, risponde alle disposizioni in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle amministrazioni pubbliche, di cui all'art. 14 della L. 124/2015, così come modificate dal D.L. 30 aprile 2021 n. 56 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", che prevedono che le pubbliche amministrazioni, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. Con le intervenute modifiche di cui al D.L. 56/2021, la previsione relativa al POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile) è mantenuta a regime - e dunque fuori dal contesto emergenziale - ridefinendo dal 60% al 15% la misura minima di attività che possano essere svolte in lavoro agile. Si conferma che le amministrazioni dovranno aggiornare e implementare la mappatura di quelle attività che, in base alla dimensione organizzativa e funzionale, possano essere svolte in modalità agile con l'individuazione del personale da assegnare alle stesse.
Tale documento di pianificazione deve essere redatto in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico e individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.
Le Linee guida approvate con la citata D.G.R. 819/2021 prevedono che, in fase di prima applicazione, le aziende ed enti del SSR adottano il POLA, quale sezione del Piano della performance relativo al triennio 2021-2023, pianificando in particolare il percorso per il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in coerenza con le "*Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle aziende ed enti del SSR dell'istituto dello smart working, secondo modalità ordinarie*", trasmesse con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare del 27 gennaio 2021, prot. 68048.
Tenendo conto della proroga, fino al 31 dicembre 2021, dell'accesso al lavoro agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale, prevista delle disposizioni dettate dal D.L. 56/2021 e di quanto disposto dalla citata D.G.R. 819/2021 si ritiene, infatti, di prevedere che l'introduzione dello smart working secondo le modalità ordinarie possa essere programmato a partire dell'anno 2022, fatte salve ulteriori indicazioni normative o regolamentari intervenienti.

In tale contesto, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma intende sviluppare alcune linee di azione orientate alla valorizzazione e allo sviluppo professionale del personale dipendente, anche attraverso la sperimentazione mirata di modalità organizzative più flessibili di resa della prestazione lavorativa.
Dal punto di vista operativo e metodologico si prevede l'istituzione di una cabina di regia multiprofessionale a valenza interaziendale (AOUPR-AUSLPR), chiamata a strutturare, coerentemente con gli indirizzi delle Direzioni Strategiche e dei documenti di programmazione, il percorso di sperimentazione e la definizione del POLA, inteso come strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo. Si intende valorizzare, a tale scopo, lo strumento della mappatura delle attività, ossia la ricognizione, svolta in modo strutturato all'interno dell'organizzazione, dei processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi e a condizione che l'erogazione dei servizi avvenga con regolarità, continuità ed efficienza.
La mappatura delle attività, attraverso lo strumento del Piano operativo delle Attività di cui alle Linee guida regionali del citato prot. *68048/2021, è lo strumento ordinario per la programmazione delle*

posizioni di lavoro agile che possono essere istituite, in coerenza con le previsioni normative richiamate in premessa.
A partire dal secondo semestre 2021 viene avviata all'interno delle diverse articolazioni organizzative la mappatura delle attività. Per la fase di avvio è stato programmato un evento formativo dedicato ad approfondire la materia dello smart working e del POLA e in particolare gli strumenti di programmazione che saranno utilizzati per la mappatura. Il Piano operativo delle Attività (mappatura) è riferito a ciascuna articolazione organizzativa e identifica i processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi, nonché in base alla disponibilità dei dispositivi tecnologici ritenuti necessari.
È il Responsabile della singola articolazione organizzativa (Dipartimento, unità operativa, servizio, così come individuate a livello aziendale) che predispone, in sede di mappatura delle attività, il Piano Operativo delle Attività che preveda forme, modalità attuative, anche con riferimento al numero di posizioni attivabili, e monitoraggio delle attività in lavoro agile. In tal senso l'attivazione del lavoro agile è da ricondurre nell'ambito della sperimentazione e implementazione di un piano di (ri)organizzazione delle attività di servizio correlato ai risultati di performance organizzativa e che tenga conto anche delle esigenze individuali dei lavoratori, anche attraverso lo sviluppo di piani formativi dedicati. Il Piano Operativo delle Attività tiene conto, altresì, delle misure organizzative, dei requisiti tecnologici, dei percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e degli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

Le articolazioni organizzative, che hanno processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, dovranno perfezionare la mappatura entro il 31 ottobre 2021.
A regime il Piano operativo viene aggiornato con cadenza periodica o comunque in caso di variazioni dell'organizzazione del lavoro

Sempre nel corso del secondo semestre 2021 è prevista la stesura di un regolamento sullo SW a valenza interaziendale (AUSLPR-AOSPPR), da condividere con le OO.SS., nel quale vengono definiti i requisiti minimi per l'attivazione dello smart working e i relativi criteri di priorità, con particolare riferimento a delocalizzazione delle attività, utilizzo di strumentazioni tecnologiche, obiettivi e organizzazione del lavoro, monitoraggio, compatibilità con le esigenze organizzative e gestionali, elementi che possono essere presi in considerazione ai fini dell'accesso prioritario allo smart working. Potrà far parte del regolamento anche il *format dell'accordo individuale*.

Le attività indicate sono funzionali alla definizione del POLA 2022 nel rispetto degli adempimenti previsti dalla D.G.R. 819/2021.

A regime, il POLA è aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, ovvero, nelle annualità in cui è predisposto il Piano della Performance, contestualmente alla sua adozione. Infatti, nel periodo triennale di vigenza del PdP l'Azienda procederà con specifico atto all'aggiornamento del POLA, nei termini stabiliti dalla normativa di riferimento, quale integrazione o allegato del PdP già adottato (e quindi successivamente pubblicato nella relativa sezione di Amministrazione trasparente).
Inoltre, sarà opportunamente raccordato con il processo di budget, nell'ambito sia delle Linee guida budget sia della definizione degli obiettivi assegnati ai CdR e al personale.
Le previsioni del D.L. 56/2021 hanno modificato l'art. 263 del D.L. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 77/2020, relativo appunto alle disposizioni urgenti in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche. Il nuovo art. 263 conferma che il lavoro agile, durante la fase di emergenza, sia applicato in deroga agli accordi individuali e agli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81. Conferma, altresì, che il ricorso a tale modalità di lavoro sia possibile a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini e imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza.
In sostanza il mantenimento dello smart working con modalità di accesso semplificate (quindi senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale), è funzionale nelle fasi emergenziali a limitare le presenze del personale negli uffici e ridurre gli spostamenti,

pur con attenzione all'operatività dei servizi e a una efficace risposta alle esigenze dell'utenza interna ed esterna. La nuova disposizione ha, inoltre, prorogato la vigenza delle misure semplificate fino alla definizione della disciplina del lavoro agile da parte dei contratti collettivi e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2021.
Resta sostanzialmente inalterato il necessario rispetto delle misure di contenimento del fenomeno epidemiologico e di tutela della salute adottate dalle autorità competenti.

Indicatori

Indicatore	Target atteso	2021	2022	2023
Attivazione della cabina di regia multiprofessionale	**Si**	Entro 15/09/2021		
Mappatura con lo strumento del Piano Operativo delle Attività	**100%**	Entro 31/10/2021		
Regolamento sullo smart working	**Si**	Entro 31/12/2021		
% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori - GRU	**Si**		**Attivazione**	**Consolidamento**
% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali - GRU	**Si**		**Attivazione**	**Consolidamento**
% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali - GRU	**Si**		**Attivazione**	**Consolidamento**

La DGR n. 819/2021 prevede che in fase di prima applicazione, le aziende e gli enti del SSR adottino il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) quale sezione del Piano della Performance relativo al triennio 2021-2023, e provvedano successivamente all'adozione dell'aggiornamento annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, mentre nelle annualità in cui è predisposto il Piano della Performance, contestualmente alla adozione di quest'ultimo. Quindi per gli anni successivi del triennio l'Azienda procederà all'aggiornamento del POLA con specifici atti, nei termini stabiliti dalla normativa di riferimento, quale integrazione/allegato del Piano della Performance già adottato (e quindi successivamente pubblicati nella relativa sezione di Amministrazione trasparente). Lo stesso sarà opportunamente raccordato con il processo di budget, nell'ambito sia delle Linee guida budget sia della definizione degli obiettivi assegnati ai CdR e al personale per ciascun anno di riferimento.

7. Collegamento con altri Piani e documenti

Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT)

Obiettivi, sistema, soggetti ed operatività sono descritti nel documento di pianificazione, cui si rimanda per ogni dettaglio e per gli aggiornamenti annuali. L'ultimo aggiornamento del Piano (marzo 2021) è riferito al triennio 2021/2023. L'adozione del documento di Piano rappresenta ogni volta un significativo momento di analisi delle proprie attività e di valutazione dei possibili provvedimenti, utile anche a rivalutare ed eventualmente rivedere l'organizzazione e la qualità dei processi e delle attività.

Il Piano: ha efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma - Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria,

- descrive il processo di gestione del rischio
- indica i vari soggetti ed organismi che compongono il sistema
- comprende e conferma un ampio spazio dedicato alla Trasparenza, in forza delle modifiche normative introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, anche per rafforzarne il valore di strumento di prevenzione della corruzione
- costituisce aggiornamento del precedente e ne mantiene l'impianto complessivo
- comprende n. 10 Allegati, comprese le tabelle relative a mappature, analisi e valutazioni rischi, misure, obblighi di pubblicazione.

Codice di Comportamento: Una delle principali misure previste dalla legge 190 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, che contribuisce agli aspetti di promozione dell'integrità. Approvato con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma nel 2018. Il Codice, le rispettive delibere di approvazione e la relazione illustrativa di accompagnamento sono pubblicate nella sezione web aziendale "Amministrazione Trasparente", dove è presente anche il testo del DPR n. 62/2013 che ha approvato il Codice di comportamento nazionale in vigore. Il Codice rientra tra i vari elementi di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione disegnato dal legislatore. Col Piano Nazionale Anticorruzione si sono invitate le Amministrazioni a rivedere i Codici a suo tempo approvati (a fine 2013), in base agli aggiornamenti intervenuti ed alla maggior competenza acquisita in materia. I Codici aggiornati delle amministrazioni mantengono la funzione "integrativa" rispetto al Codice nazionale di cui al DPR n. 62/2013. Il testo è allegato al Piano 2021/2023.

Collegamento Sistema Performance/Piano prevenzione corruzione e trasparenza

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative. Il collegamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla Trasparenza, alla prevenzione della corruzione si realizza prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscano obiettivi ed azioni da considerare nel Piano aziendale della Performance, nel Piano delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.

La sezione **"Amministrazione Trasparente"** del sito web istituzionale, realizzata secondo le indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33/2013, si trova al seguente link:

http://www.ausl.pr.it/amministrazione_trasparente/default.aspx

Piano Triennale Fabbisogni del Personale (PTFP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) viene predisposto annualmente a scorrimento. È sviluppato in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR, nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione relativamente al costo del personale e con gli obiettivi di programmazione strategica aziendale. Viene, altresì, redatto in considerazione delle indicazioni della programmazione regionale e degli obiettivi prioritari da considerare in sede di programmazione dei fabbisogni di personale. Il più recente PTFP è stato adottato con Delibera n. 762 del 09/11/2020 e attiene al periodo 2020-2022 ed in sede di predisposizione del bilancio economico preventivo 2021 verrà aggiornato il PTFP al periodo 2021-2023.

Il collegamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance ed al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale si realizza prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nello stesso costituiscano obiettivi ed azioni da considerare nel Piano aziendale della Performance, nel Piano delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.

Occorre evidenziare che la dinamica di governo delle risorse umane per l'anno 2020 è stata fortemente influenzata dall'emergenza Covid-19, la quale ha comportato uno sforzo per far fronte alle necessità derivanti dalla stessa emergenza, sia sotto l'aspetto propriamente assistenziale, sia per le attività di supporto, in particolare per le attività di sorveglianza sanitaria e contact tracing. Nonostante ciò, la politica assunzionale, prioritariamente indirizzata a far fronte all'emergenza sanitaria e di seguito alla ripresa e al recupero delle attività sospese, ha tenuto conto della copertura del turn over e dello sviluppo dei potenziamenti previsti nel PTFP 2020-2022.

Piano Triennale Azioni Positive

Il Piano Triennale delle Azioni Positive viene predisposto annualmente a scorrimento, in una visione di continuità sia programmatica che strategica per promuovere e favorire, all'interno dell'Azienda USL di Parma, l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, in attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità; inoltre, si prefigge di sostenere condizioni di benessere lavorativo, di prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione.
Nell'Azienda USL ci si propone di promuovere azioni positive per la tutela della salute della donna tenendo presente che una prospettiva di genere nell'ambito dell'erogazione delle cure sanitarie e dello sviluppo delle politiche sanitarie, migliora la salute non solo delle donne, ma anche degli uomini. I principi ispiratori sono i seguenti:
- Azioni positive quali strumenti necessari per attuare l'uguaglianza sostanziale delle opportunità;
- Benessere organizzativo/lavorativo e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Prevenzione e contrasto di ogni forma di violenza;
- Parità e pari opportunità.

Il collegamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance ed al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale si realizza prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nello stesso costituiscano obiettivi ed azioni da considerare nel Piano aziendale della Performance, nel Piano delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.

8. Indicatori di performance

Gli indicatori di risultato individuati per il Piano della Performance 2021-2023 (120), per ciascuna Dimensione/Area della performance, comuni per tutte le Aziende, sono in numero congruo a garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Programma Nazionale Esiti (PNE), in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulle Regioni e sulle Aziende e utili per orientare il Sistema Sanitario Regionale (SSR).

La distribuzione degli indicatori vede un deciso orientamento alla **dimensione dell'utente** (58) e rappresentati nelle aree pertinenti: **accesso**, **integrazione** ed **esiti**; a seguire 45 indicatori sono stati individuati nella **dimensione dei processi interni**, concentrati in particolare **nell'area della produzione** 24 (con particolare rilievo a quelli riferiti alla prevenzione) e su **appropriatezza/qualità e sicurezza delle cure**. Sono stati poi arricchiti gli indicatori nella **dimensione di innovazione e sviluppo** (6) e **della sostenibilità** (11).

Gli indicatori sono disponibili nel portale della Regione Emilia-Romagna InSIDER (Indicatori Sanità e Dshboard Emilia-Romagna) e sono collegati alle dimensioni ed aree della performance già indicate; per ognuno viene indicato il trend atteso per il prossimo triennio (in modo numerico o qualitativo).

Sono tratti da fonti aziendali gli indicatori individuati per l'area dell'organizzazione, della ricerca e della didattica e degli investimenti.

La performance, per gli indicatori di valutazione, è rappresentata con una scala di colori che va dal verde scuro (ottimo), al verde chiaro (buono), al giallo (medio), all'arancione (scarso), al rosso (pessimo). Gli indicatori di sola osservazione sono contraddistinti in azzurro, mentre quelli non aggiustati sono rappresentati in fucsia.

Legenda:

- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.

8.1.Area Accesso e Domanda

Si tratta di 18 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	89,54	76,7	86,58	Aumento	Aumento	Aumento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	96,3	95,6	96,88	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	78,8	61,19	91,44	Aumento	Aumento	Aumento
Tempi di attesa ex post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (P) (NSG)	88,95	91,06	83,13	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	81,63	82,15	80,36	Aumento	Aumento	Aumento
Tempi di attesa ex post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (P) (NSG)	88,27	57,16	83,66	Aumento	Aumento	Aumento
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	N.D.	96,84	96,67	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% accessi con permanenza < 6 + 1 ore in PS con meno di 45.000 accessi	94,28	94,82	92,05	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di abbandono da PS	1,95	1,94	3,91	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std di accessi in PS	310,23	209,59	270,92	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di filtro del PS	14,79	16,25	22,82	Aumento	Aumento	Aumento
Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso (NSG)	13	15	15	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti (NSG)	136,68	118,27	110,51	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	93,73	95	84,98	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	96,61	91,94	86,58	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	90,54	82,61	81,02	Aumento	Aumento	Aumento
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	8,01	7,27	9,69	Aumento	Aumento	Aumento
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	34,04	29,46	47,72	Aumento	Aumento	Aumento

8.2.Area Integrazione

Si tratta di 17 indicatori di cui uno di cui 1 di rilevanza aziendale (contraddistinto in lilla):

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco (NSG)	314,23	228,3	266,84	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite (NSG)	152,07	78,51	50,58	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso dimissioni protette (dimessi con età >= 65 anni)	20,70	18,67	26,41	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	21,30	19,5	24,62	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	4,71	3,01	6,34	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti (NSG)	100,76	65,68	87,58	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8,00 alle 20,00 con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (x 1.000 ab. residenti adulti)	44,77	26,53	42,03	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare per 1.000 residenti, >= 75 anni	156,15	157,94	182,65	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	15,9	13,72	9,87	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (NSG)	59,52	69,1	89,72	Aumento	Aumento	Aumento
N° deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul N° di deceduti per causa di tumore (NSG)	42,5	38,3	47,6	Aumento	Aumento	Aumento
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero è <= 7 gg	25,85	28,51	25,53	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% IVG medica sul totale IVG	32,14	36,8	47,06	Aumento	Aumento	Aumento
% IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	21,93	15,38	19,12	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	5,42	3,23	9,51	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (NSG)	39,17	39,06	38,56	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di popolazione assistita nelle Case della Salute	33,94	34,64	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

8.3.Area Esiti

Si tratta di 16 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Mortalità a 30 giorni per IMA	4,87	6,49	8,74	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% di PTCA entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	2,9	5,56	48,72	Aumento	Aumento	Aumento
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	15,6	25	12,57	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	14,82	16,26	13,82	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	4,32	9,35	10,86	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	12,23	11,86	13,44	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	76,54	79,28	82,8	Aumento	Aumento	Aumento
% interventi di colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui	99,28	66,19	65,62	Aumento	Aumento	Aumento
% interventi per tumore maligno alla mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub	92,99	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	5,41	7,41	5,01	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	0,9	3,16	3,89	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	1,13	0,89	1,04	Manteni mento	Manteni mento	Manteni mento
% complicante durante parto e puerperio in parti cesarei	0,5	0,55	1,31	Manteni mento	Manteni mento	Manteni mento
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	72,25	78,57	74,21	Manteni mento	Manteni mento	Manteni mento
Tempi di attesa mediani per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	1	2	2	Manteni mento	Manteni mento	Manteni mento
Tasso di amputazioni maggiori o minori in pazienti diabetici	2,85	2,81	2,79	Riduzione	Riduzione	Riduzione

8.4.Area Produzione-Prevenzione

Si tratta di 12 indicatori, di cui 1 di rilevanza aziendale (contraddistinto in lilla):

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambibi	95,46	96,11	94,17	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani	N.D.	66,8	70,24	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi nei bambini	93,78	94,44	91,21	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini	95,52	96,28	95,23	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% aziende con dipendenti ispezionate	10,53	9,51	7,3	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% cantieri ispezionati	26,9	22,05	13,15	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 – 74 anni)	55,45	52,03	63,74	Aumento	Aumento	Aumento
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 – 64 anni)	58,87	57,09	60,71	Aumento	Aumento	Aumento
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alla popolazione bersaglio (50 – 69 anni)	45,3	34,2	47,17	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	N.D.	84,55	81	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca dei sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	N.D.	N.D.	N.D.			
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	51	51	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

8.5.Area Produzione-Territorio

Si tratta di 9 indicatori di cui 1 di particolare rilevanza aziendale (contraddistinto in lilla:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi di Salute Mentale Adulti	21,48	15,6	18,32	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi di Neuropsichiatria Infantile	81,01	48,83	56,72	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	10,54	8,73	8,06	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	52,75	55,2	56,88	Aumento	Aumento	Aumento
% di donne nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	61,83	45,96	42,52	Aumento	Aumento	Aumento
% di donne straniere gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita	28,35	17,88	16,41	Aumento	Aumento	Aumento
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14 – 19 anni)	5,55	4,9	6,19	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,36	0,35	0,35	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici per la cronicità	132.981	1.379	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

8.6.Area Produzione-Ospedale

Si tratta di 5 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione – stessa Provincia	83,43	84,8	79,87	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione – stessa Regione	8,99	8,05	8,72	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione – fuori Regione	7,58	7,15	11,41	Aumento	Aumento	Aumento
Indice di case mix degenza ordinaria	0,92	0,91	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,07	1,01	N.D.	Riduzione	Riduzione	Riduzione

8.7.Area Appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Si tratta di 12 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,22	0,18	0,15	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso di ricoveri diurno di tipo medico – diagnostico in rapporto alla popolazione residente	2,2	2,36	1,85	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	40,33	33,71	23,5	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Sepsi post-operatoria x 1.000 dimessi chirurgici	3,09	3,95	8,43	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria x 1.000 dimessi chirurgici	3,98	2,85	4,46	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	11,49	7,72	8,94	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,52	3,88	4,6	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	22,91	24,04	23,5	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	765,84	377,54	404,9	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	625,7	377,78	409,98	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	801,22	563,38	592,04	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni x 1.000 abitanti	49	39,1	58,31	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

8.8.Area Organizzazione

Si tratta di 8 indicatori di cui 1 non disponibile in InSIDER, monitorato a livello aziendale:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	N.D.	42,45	123,29	Aumento	Aumento	Aumento
% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	N.D.	67,77	57,9	Aumento	Aumento	Aumento
% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	N.D.	115,21	115,03	Aumento	Aumento	Aumento
% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	N.D.	31,23	86,63	Aumento	Aumento	Aumento
% lavoratori agili effettivi/totale lavoratori	N.D.	N.D.	N.D.	GRU (da attivare dal 2022)		
% lavoratori agili effettivi/totale lavoratori agili potenziali	N.D.	N.D.	N.D.	GRU (da attivare dal 2022)		
% giornate lavoro agile/giornate lavorative totali	N.D.	N.D.	N.D.	GRU (da attivare dal 2022)		
% di popolazione con fascicolo elettronico attivato	19,41	32,86	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

8.9.Area Anticorruzione-Trasparenza

Si tratta di 3 indicatori di cui 1 non disponibile in InSider, monitorato a livello aziendale:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	100	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	61,92	64	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento
% Trattazione accessi civici pervenuti	100	100	N.D.	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

8.10. Area Ricerca e didattica

Si tratta di 1 indicatore non disponibile in InSIDER, monitorato a livello Aziendale

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	4	4	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

*Fonte: progetti di ricerca validati dal comitato etico attivi al 31/12 dell'anno di riferimento

8.11. Area Sviluppo organizzativo

Si tratta di 1 indicatore non disponibile in InSIDER, monitorato a livello aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
N° di eventi formativi interaziendali	8	20	ND	Incremento	Incremento	Incremento

8.12. Area degli Investimenti

Si tratta di 3 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Rispetto del Piano Investimenti	N.D.	38,69	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	N.D.	93,34	N.D.	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Investimenti in tecnologie informatiche	N.D.	83	N.D.	Aumento	Aumento	Aumento

8.13. Area della Sostenibilità economico finanziaria

Si tratta di 8 indicatori:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022	Risultato atteso 2023
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,35	-13,83	N.D.	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico	100,2	96,2	89,64	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	87,05	88,21	87,45	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	162,27	162,17	169,37	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	N.D.	10,12	16,15	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	N.D.	50,47	31,02	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	N.D.	7,13	10,31	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	N.D.	27,45	37,3	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento