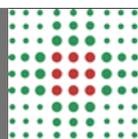


2016



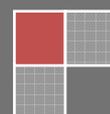
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Piano della Performance 2016-2018

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

Delibera n. 437 del 29/06/2016

29/06/2016



Sommario

1. Executive Summary	4
Riordino dell' Assistenza Ospedaliera	4
Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	4
Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	5
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	5
Attività di prevenzione e promozione della salute.....	6
Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero.....	6
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	7
Integrazione socio-sanitaria	7
Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari	8
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	8
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti	8
Governo dei processi di acquisto di beni e servizi.....	9
Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano	9
Adempimenti nei flussi informativi	9
2. Premessa	10
3. Identità dell'Azienda Sanitaria.....	12
3.1. Chi siamo	12
3.2. Il Contesto.....	13
3.3. Il Personale	17
3.4. I Dati Economici	21
3.5. Come Operiamo.....	22
4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance	25
Dimensione di Performance dell'utente	25
• Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni	25
• Area dell'integrazione:	25
• Area degli esiti:	26
Dimensione di Performance dei processi interni	26
• Area della produzione	26
• Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	27
• Area dell'organizzazione:.....	27
• Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza :	27

Dimensione di Performance dell'innovazione e dello sviluppo	28
• Area della Ricerca e della didattica	28
• Area dello sviluppo organizzativo.....	28
Dimensione di Performance della sostenibilità.....	29
• Area economico-finanziaria.....	29
• Area degli investimenti.....	29
5. La Misurazione e Valutazione della Performance	31
Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa.....	31
Misurazione e Valutazione della Performance Individuale.....	32
6. Indicatori di risultato	34
1.1. Area Accesso e Domanda	34
1.2. Area Integrazione	35
1.3. Area Esiti.....	36
2.1.1. Area Produzione-Ospedale.....	37
2.1.2. Area Produzione-Territorio.....	37
2.2.3. Area Produzione-Prevenzione	38
2.2. Area Appropriatazza, qualità, sicurezza e rischio clinico.....	39
2.3. Area Organizzazione	39
2.4. Area Anticorruzione-Trasparenza.....	40
3.1. Area Ricerca e didattica.....	40
3.2. Area Sviluppo organizzativo	40
4.1. Area Economico-Finanziaria	41
4.2. Area degli Investimenti.....	41
1. Allegati: criteri di valutazione degli obiettivi di Budget e Es. scheda di budget.....	42

1. Executive Summary

La sostenibilità economica è condizione necessaria per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. Gli obiettivi di efficienza, di contenimento dei costi e di governo dei consumi sono sostanzialmente trasversali ai servizi aziendali e sono fondamentali per la realizzazione degli altri obiettivi, in una situazione di risorse sempre più limitate. Gli obiettivi aziendali da raggiungere nel triennio 2016-2018 sono individuati tenendo conto dei vincoli economici definiti dalla Regione Emilia-Romagna e pertanto la programmazione aziendale non può prescindere dal loro rispetto, tenendo a riferimento anche il percorso di certificabilità dei bilanci nell'ottica di una crescente qualità dei dati esposti nei bilanci di esercizio e di una confrontabilità a livello dei sistemi regionali. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria: obiettivi 4.1.1, 4.1.2, 4.2.1**).

Di seguito una breve sintesi dei temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, condizionati dai necessari interventi rivolti, da un lato al miglioramento clinico assistenziale ed organizzativo dei servizi offerti e, dall'altro, al contenimento dei costi, seguendo precise linee in coerenza con la programmazione regionale e tenendo conto di situazioni ed esigenze specifiche. Rispetto a ciascun tema sono stati individuati obiettivi specifici declinati nelle rispettive dimensioni ed aree di performance.

Riordino dell' Assistenza Ospedaliera

La rete ospedaliera sarà interessata dall'applicazione 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". Il riordino ospedaliero rappresenta un nodo centrale non solo per l'assistenza ospedaliera ma per l'evoluzione complessiva del Servizio Sanitario Regionale, qualificando l'ospedale come centro per la diagnosi e la cura dei pazienti con patologie acute che necessitano di tecnologie, processi produttivi e professionalità eccellenti. Su questi principi si sviluppano le scelte programmatiche aziendali con una particolare attenzione alla integrazione ospedale-territorio ed ai percorsi di continuità assistenziale. In particolare dovrà essere pianificata ed implementata l'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. In ambito oncologico dovrà essere promosso lo sviluppo della rete clinico-organizzativa del paziente con particolare attenzione alla tempestività alla multidisciplinarietà ed all'integrazione del percorso ospedaliero-territoriale perseguendo la concentrazione della casistica per garantire qualificazione professionale ed ottimizzazione delle risorse. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione: obiettivo 2.1.1**)

Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio

I mutamenti demografici di questi ultimi anni evidenziano una sempre maggiore crescita delle classi anziane della popolazione. Questo fenomeno, associato all'incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative, e ad un diverso ruolo attribuito all'ospedale rispetto ai livelli assistenziali erogati, ha imposto un radicale mutamento delle politiche sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio ed allo sviluppo dell'assistenza territoriale. Nelle cure primarie si assiste, infatti, al potenziamento della capacità dell'assistenza territoriale 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. Nella Salute Mentale è in atto un importante processo di rimodulazione dell'assistenza residenziale e di promozione dei progetti riabilitativi personalizzati attraverso lo strumento del budget di salute; è in corso, inoltre, il superamento degli OPG con l'attivazione di una pluralità di interventi fra i quali le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Particolare attenzione sarà posta alla integrazione ospedale-territorio ed ai percorsi di continuità assistenziale, in particolare lo sviluppo delle cure palliative, delle cure domiciliari, dei percorsi di assistenza protesica. Grande attenzione sarà posta alla cronicità ed alla fragilità attraverso la implementazione e diffusione dei PDTA, utilizzando strumenti di identificazione proattiva della popolazione e consolidando il modello dell'ambulatorio infermieristico della cronicità. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione: obiettivo 2.1.2**)

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

I problemi collegati all'accessibilità sono complessi e riguardano sia la gestione delle liste di attesa, al fine di garantire, per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, tempi di attesa con rispetto degli standard definiti, sia lo sviluppo di azioni di governo clinico da perseguire promuovendo il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, riorganizzando il modello erogativo, i sistemi informativi e migliorando l'integrazione tra professionisti. Enfasi particolare sarà posta sul tema dell'appropriatezza (clinica ed organizzativa) nell'utilizzo delle risorse disponibili a garanzia della sicurezza del paziente. Nel prossimo triennio l'impegno dell'Azienda sarà orientato principalmente al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte, allo sviluppo del day service ambulatoriale, al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica, al miglioramento del ciclo prescrizione e prenotazione dei controlli ed alla corretta gestione delle agende. (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso : obiettivo 1.1.1**)

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

La continuità assistenziale, nell'ottica della centralità del paziente, promuove l'estensione, non interrotta nel tempo, degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza. Si tratta quindi di un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà. Nel prossimo triennio l'impegno sarà prioritariamente orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio nei seguenti ambiti:

1. Integrazione tra i Professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma finalizzata alla costruzione delle reti ed alla programmazione degli interventi utili a rafforzare e sviluppare i percorsi dei pazienti fragili e cronici (individuazione Gruppi di Lavoro e aree tematiche da trattare);
2. percorso nascita e IVG (legge 194);
3. reti di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso;
4. diabete in età pediatrica;
5. patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura del femore e protesica);
6. distribuzione dei farmaci (compreso l'impegno a definire l'accordo locale sulla distribuzione per conto);
7. assistenza sociosanitaria per i pazienti della salute mentale attraverso la metodica del budget di salute;
8. promozione e tutela della salute in carcere.

(Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione : obiettivo 1.2.1**)

Attività di prevenzione e promozione della salute

La promozione della salute è una delle strategie fondamentali della sanità pubblica per affrontare i determinanti che sono alla base delle principali cause di morte e di malattia, attraverso interventi non solo di eliminazione o riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio ambientali o comportamentali, ma anche di valorizzazione delle risorse dell'individuo e del contesto ambientale che favoriscono la salute. Strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale. Verrà data applicazione al Piano Regionale della Prevenzione articolato in progetti organizzati per setting: Ambienti di Lavoro, Comunità (programmi di popolazione, interventi età specifici, interventi per patologia e coinvolgimento in progetti di empowerment), Scuola, Ambiente Sanitario. Nel prossimo triennio le azioni saranno prioritariamente orientate a:

1. nel contesto unitario delle Case della Salute, che permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali: a) promuovere la realizzazione di interventi proattivi di prevenzione su gruppi omogenei di popolazione per diversi fattori di rischio, garantendo la partecipazione alle fasce più deboli di popolazione con particolare riguardo alla prevenzione cardiovascolare, agli interventi di contrasto alla violenza, alla promozione del benessere nei primi anni di vita dei bambini e degli adolescenti; b) sviluppare modelli organizzativi nuovi nel settore delle vaccinazioni che promuovano l'integrazione di operatori che appartengono a diverse aree dipartimentali, coinvolgendo anche i MMG e PLS;
2. migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi rafforzando la rete dei soggetti attuatori, rimarcando il ruolo che tutti i professionisti sanitari (non solo delle discipline di prevenzione) hanno nell'indurre e sostenere il cambiamento degli stili di vita e la modifica dei comportamenti individuali, accrescendo e favorendo processi di empowerment individuale e di comunità;
3. consolidare i sistemi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, garantire i programmi vaccinali ed i programmi di screening oncologici;
4. sviluppare azioni integrate e di sistema in tema di sicurezza alimentare, con particolare riguardo al sistema dei controlli (perseguendo una maggiore integrazione nelle strutture competenti) ed alle capacità di comunicazione con i cittadini (singoli e associati) e con le istituzioni
5. sviluppare azioni integrate e di sistema in tema di salute e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro promuovendo modelli organizzativi integrati tra le diverse competenze dipartimentali, in modo da assicurare un governo unitario delle attività di vigilanza e controllo dei rischi e di promozione della salute su specifici obiettivi che richiedono un approccio interdisciplinare ed integrato.
6. valorizzare del ruolo delle professioni sanitarie non mediche sia per favorire la medicina di iniziativa sia per l'attività di vigilanza e ispezione.
7. rafforzare le azioni finalizzate a contrastare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze.
8. promuovere la salute coniugando in modo sinergico interventi rivolti ai singoli con azioni sul contesto di vita.

(Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area della produzione** : obiettivo **2.1.3**)

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

Nel prossimo triennio rivestono particolare rilevanza i seguenti ambiti:

- **Assistenza perinatale**, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto
- **PMA** (procreazione medicalmente assistita), dove verrà definito il percorso assistenziale e sarà definito il percorso assistenziale in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
- **Appropriatezza farmaceutica**, 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. Negli ultimi anni si è sviluppata, in modo graduale, una politica di integrazione in merito ad interventi di appropriatezza prescrittiva, di gestione del rischio clinico, di implementazione dell'attività di erogazione diretta tra le due Aziende Sanitarie della Provincia. Questo percorso ha già portato alla realizzazione del Polo Unico di Distribuzione Diretta e si svilupperà ulteriormente con la centralizzazione dell'allestimento antiblastici provinciale e l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale. Oltre all'informazione puntuale sui farmaci e la formazione di tutti i professionisti coinvolti, dovranno essere realizzati monitoraggi ed audit clinici nell'area farmaco e nell'area dispositivi medici; andrà promosso l'uso dei farmaci biosimilari ed equivalenti e dovranno essere utilizzati i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico AVEN anche nella continuità ospedale territorio. Gli obiettivi prioritari sono costituiti dal conseguimento di una sempre maggiore appropriatezza e dal controllo della spesa farmaceutica.

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.2**)

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. Nel prossimo triennio diventerà prioritario sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure dei pazienti in ospedale e sul territorio, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati. In particolare, si rende necessario: armonizzare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri; integrare le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e di rischio occupazionale; applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo; applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure, sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse.

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.1**)

Integrazione socio-sanitaria

Lo scenario attuale è caratterizzato da una parte dall'aumento costante di problemi legati all'invecchiamento della popolazione e in generale al tema della non autosufficienza, alle crescenti difficoltà delle famiglie con minori e al disagio giovanile, al tema delle 'nuove' vulnerabilità legate ad un impoverimento progressivo delle famiglie, alle complesse problematiche relative all'immigrazione, trasversali a tutti gli ambiti del sociale e del sanitario, dall'altra, dalla severa riduzione delle risorse a disposizione sia degli Enti che dei cittadini, in un contesto istituzionale ed organizzativo complesso ed attraversato da processi di trasformazione dei sistemi che regolano e gestiscono i servizi sociali e socio-sanitari. Assicurare il pieno esercizio della funzione di integrazione socio-sanitaria a livello aziendale, 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 del progetto demenze e l'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie.

L'Azienda, in particolare, dovrà garantire:

- equità ed omogeneità di accesso ai servizi sociosanitari nel rispetto delle indicazioni regionali;
- servizi flessibili in tutti i distretti in sostegno dell'attività dei caregiver (in particolare ricoveri di sollievo).

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **1.2.2**)

Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari

La dimensione interaziendale di integrazione 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. Obiettivo prioritario è la realizzazione di un nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali, a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico, con possibili economie di scala ed economie di processo, e l'integrazione nei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti.

(Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione**: obiettivo **2.3.1**).

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

Nel prossimo triennio le azioni da perseguire devono fare riferimento al documento "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" 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. Le aree in cui prioritariamente dovranno essere sviluppati i progetti saranno: rete Sole/FSE; integrazione socio-sanitaria; innovazione dei sistemi per l'accesso; razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali, mettendo in campo le azioni necessarie per la costruzione dell'Anagrafe Regionale Assistenti; dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura).

Particolare impegno si richiede nell'adozione e diffusione del nuovo software della scheda sanitaria individuale dei medici di medicina generale.

(Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione**: obiettivo **2.3.2**).

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 ed, a livello territoriale, sulle Case della Salute; sarà necessario altresì:

- effettuare investimenti in tecnologie biomediche e garantire la dislocazione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa;
- sviluppo della telemedicina;
- adottare criteri di razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e delle tecnologie finalizzati al superamento della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed individuando un punto di equilibrio tra la necessaria prossimità delle cure relativamente all'assistenza di base e specialistica e l'accessibilità del cittadino alle prestazioni spedaliere per acuzie.

(Riferimento dimensione di performance **della sostenibilità– area degli investimenti**: obiettivo **4.2.1**).

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Negli ultimi anni si sono raggiunti a livello regionale importanti risultati nel processo di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, con una crescita sostanziale del livello di acquisti centralizzati. Sempre più cruciale è il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER, alla luce della normativa nazionale e dei suoi sviluppi futuri, con la responsabilità di guidare la pianificazione e il monitoraggio dell'insieme delle iniziative di acquisto in cui è coinvolto il sistema. Obiettivo prioritario è la piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate.

(Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**)

Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano

In questo settore da alcuni anni sono attivi meccanismi di contenimento della spesa molto rilevanti, previsti e confermati dalle recenti manovre come strumenti fondamentali per contenere i costi, su cui vengono impostati i principali obiettivi di programmazione. In tale contesto diventa prioritario agire sullo sviluppo delle competenze del personale per ottimizzare i processi produttivi. In particolare è in corso un processo importante, nei setting emergenti di assistenza, rispetto alla qualificazione di alcuni ruoli chiave nello svolgimento delle attività. La programmazione aziendale, da effettuarsi attraverso la predisposizione di Piani di Assunzione annuali, dovrà tenere 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.

Per quanto riguarda la valorizzazione del capitale umano gli impegni riguarderanno:

- integrazione della ricerca e la formazione come parte della missione istituzionale;
- avvio di azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati;
- progettazione di percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione.

(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**)

Adempimenti nei flussi informativi

Dovrà essere posta 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, verso il livello nazionale – trattandosi di adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale.

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione**: obiettivo **2.3.3**)

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 2016-2018, 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" e n. 3/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance"

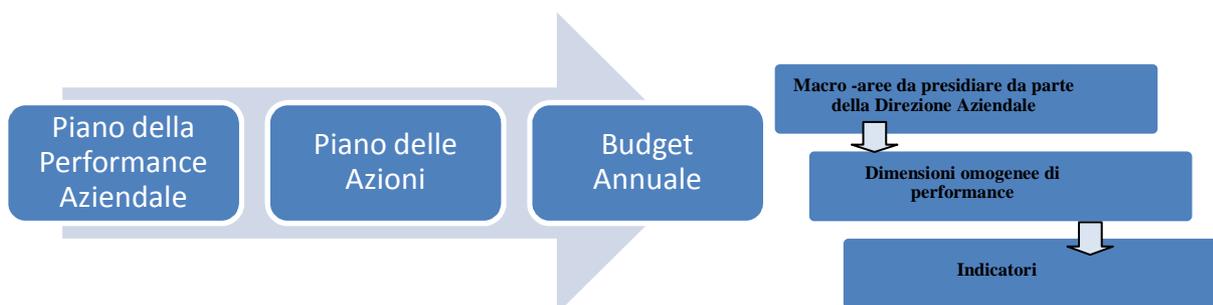
Con riferimento all'anno 2016 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si pone, e su cui si basa la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri 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 sette 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:

- ✓ Regione Emilia Romagna – X Legislatura – **Programma di mandato della Giunta e Focus sul primo anno di lavoro** – Bologna 26 gennaio 2015;
- ✓ **Nota protocollo PG/2015/19555** “Programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2015”
- ✓ **DGR 172/2015** “Accettazione e dimissioni e designazione Direttore Generale Azienda USL di Parma”
- ✓ **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”
- ✓ **DGR 901/2015** “Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’Anno 2015”;
- ✓ **DGR 1056/2015** “Riduzione delle Liste di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie”;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente il **“Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016” (rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014)**;
- ✓ **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”;
- ✓ **DGR n. 1735/2014** “Misure per l’attuazione della Delibera di Giunta Regionale 24 febbraio 2014 n. 217, concernente Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’Anno 2014”;
- ✓ **DGR n. 284/2013** “Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014”, che si pone in continuità con il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010;
- ✓ **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;
- ✓ **D.L. n. 95 del 06/07/2012** (“*spendingreview*”) convertito con modificazioni dalla L. 07/08/2012 n. 135 che, con la **L. 24/12/2012 n. 228** (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- ✓ **L. n. 190 del 23/12/14** “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato*” (Legge di stabilità 2015)

Inoltre sono da ricordare per la rilevanza che rivestono:

- ✓ **Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli ospedali di comunità in Regione Emilia-Romagna** (documento programmatico 2013-2015);
- ✓ **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. Il Contesto

Di seguito una breve sintesi del contesto in cui opera l'Azienda, per una descrizione più dettagliata si rimanda agli specifici capitoli del Bilancio di Missione.



L'Azienda USL di Parma opera su un territorio (3.448 Km² di superficie) coincidente con la provincia di Parma. La popolazione complessiva è composta da 445.451 abitanti, con un incremento di 1.100 individui rispetto all'anno precedente. Dopo la recente unione di Polesine e Zibello, la popolazione risulta distribuita su 45 comuni. L'Azienda USL, è organizzata in **4 DISTRETTI SANITARI**:

1. **DISTRETTO DI PARMA**, comuni: **Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, 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**.

Nonostante l'aumento della popolazione rilevato nel 2015, il ritmo di crescita demografica risulta più moderato che in passato, interessando anche la componente straniera, il cui trend di incremento subisce quasi una battuta d'arresto se confrontato con le percentuali a due cifre del passato. Relativamente alla

popolazione residente straniera la quota femminile supera quella maschile con il 53%, alla fine degli anni 90 era al 41%. Inoltre, anche se prevalentemente giovane, la popolazione straniera comincia a mostrare una sensibile presenza nelle fasce d'età più avanzata.

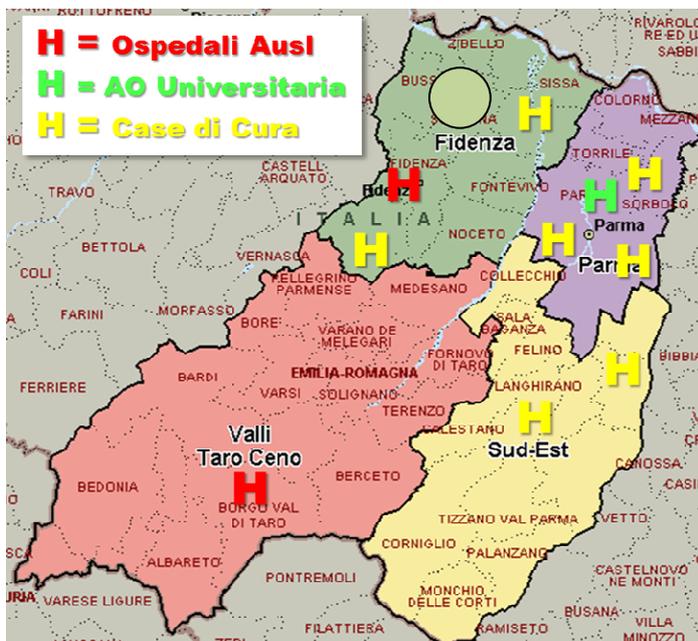
Nell'ambito della popolazione complessiva, i "grandi anziani" (da 75 anni in avanti) continuano ad aumentare, e nell'ultimo anno si registra una crescita dell'1,9%. Nonostante ciò, l'indice di vecchiaia non subisce sensibili variazioni, attestandosi in un intervallo di valori distrettuali compresi tra 234 del Distretto Valli Taro-Ceno e 163,5 del Distretto Sud-Est.

La distribuzione demografica vede prevalere il Distretto di Parma (circa il 49,32% della popolazione totale), seguito da Fidenza (23,33%), Sud-Est (17,11%) e Valli Taro-Ceno (10,24). Il 53,1% della popolazione risiede nei 3 comuni più grossi: Parma, Fidenza e Salsomaggiore Terme. La restante popolazione vive in 42 comuni di cui 5, prevalentemente distribuiti in pianura, superano i 10.000 abitanti, 14 superano i 5.000 abitanti e 23, prevalentemente distribuiti in montagna, non superano i 5mila abitanti.

Il territorio, che aggrega **45 Comuni**, di cui 14 situati in Pianura, 16 in Collina e 15 in Montagna, vede la popolazione diversamente distribuita nelle tre "zone altimetriche" omogenee per conformazione del territorio:

- "Pianura": 25% del territorio (863 kmq) con il 61,74% della popolazione e con la più elevata densità abitativa di 319 abitanti per kmq.
- "Collina": il 31,5% del territorio (1.086 kmq) con il 31,56% popolazione e 129 ab./kmq.
- "Montagna": il 43,5% del territorio (1.499 kmq) con il 6,70% popolazione e 20 ab./kmq.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera** l'Azienda opera mediante 2 (due) ospedali a gestione diretta e 7 (sette) case di cura convenzionate.



La Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.135 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 69,8% (1.490 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgotaro, 354 p.l.) e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.136 pl, 53,2% del totale). Il privato gestisce 7 case di cura con 645 pl (30,2%).

Dei 2.135 posti disponibili il 70% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, il 9,8% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 10,2% viene utilizzato per lungodegenza.

Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 64% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi).

Sono disponibili 4,79 pl ogni 1.000 abitanti ed il tasso di ospedalizzazione è pari a 155,9.

L'attività relativa all'assistenza ospedaliera evidenzia, negli ultimi anni, un calo sia nella produzione che nei consumi. Per ciò che riguarda le strutture pubbliche la produzione diminuisce in maniera più significativa (attorno al 2%) rispetto al Privato Accreditato (+0,3%).

Per ciò che attiene i consumi dei residenti dell'Azienda USL di Parma, i dati evidenziano una diminuzione complessiva dell'1,8% dei ricoveri. A livello provinciale i residenti si rivolgono nel 55,7% dei casi all'Azienda Ospedaliero Universitaria seguita dagli Ospedali Aziendali AUSL (20,4%) e dal Privato Accreditato provinciale (17,8%); i consumi al di fuori del territorio provinciale rappresentano circa il 5,9% dei ricoveri.

Nel processo di riordino della assistenza ospedaliera, è in fase di sviluppo la rete delle **Cure Intermedie**, che rappresentano un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio; assicurano 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 stati attivati 30 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Riabilitazione Week Hospitale e 10 p.l. di Lungoassistenza); 18 p.l. di Lungoassistenza sono stati attivati presso lo stabilimento di Borgotaro e sono stati attivati altri 6 p.l. presso l'ASP "San Mauro Abate di Colorno".

Per quanto riguarda l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 93 presidi a gestione diretta e 179 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 272 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 285 MMG, 59 PLS e 110 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).

Sono in fase di realizzazione **26 Case per la salute: il 61,6% 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 con i 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 programmazione delle 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 informatiche orizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute opererà un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità ed all'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa. 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 assicura oltre 5.500.000 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 per 1.000 abitanti, per le prestazioni di base, è pari a 1.263. **L'Assistenza Psichiatrica** è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che 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 NPJA, un CSM e un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria oltre 58.000 prestazioni/anno, il Servizio Dipendenze Patologiche ha in carico circa 1.180 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 Autosufficienza (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. I **Consultori Familiari**, distribuiti in 30 sedi con oltre 48.000 utenti, 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.

3.3. Il Personale

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dell'Azienda USL di Parma.

Nella tabella 1 viene elencato il personale dipendente, suddiviso nelle macro aree per categoria professionale di appartenenza, sia esso personale di ruolo che personale a tempo determinato.

Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 551 unità ossia il 20,82% del personale complessivo.

Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 37,02% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 12,50%.

Tabella 1 Dipendenti per Area Professionale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato

PERSONALE DIPENDENTE AL 31 DICEMBRE 2015				
Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31 dicembre 2014	% personale per area professionale di appartenenza
Dirigenti Medici e Veterinari	416	36	452	17,08
Dirigenti Sanitari	67	4	71	2,68
Dirigenti PTA	27	1	28	1,06
Totale Dirigenza	510	41	551	20,82
Personale infermieristico	956	24	980	37,02
Personale tecnico sanitario	82	2	84	3,17
Personale prevenzione	112	2	114	4,31
Personale riabilitazione	146	16	162	6,12
Assistenti sociali	24	1	25	0,94
Personale tecnico	179	7	186	7,03
O.S.S.	190	9	199	7,52
Personale amministrativo	319	12	331	12,50
Totale comparto	2008	73	2081	78,62
TOTALE GENERALE	2518	114	2632	100,00

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

Il conteggio del personale della Tabella 1 fotografa la situazione al 31.12.2015 e conteggia ogni testa come "intera", non tenendo conto, pertanto, del personale a part – time od occupato per periodi dell'anno. Nella Tabella 2 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. 752. Altra articolazione con un rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza con n. 629 operatori: se a questa articolazione si aggiungono i n. 376 occupati nel Distretto di Fidenza, si raggiunge la considerevole cifra di n. 1.005 unità insistenti in quella area territoriale di riferimento.

Tabella 2 Distribuzione del personale fra le Articolazioni Aziendale al 31 dicembre anni 2014/2015

	Personale al 31/12/2014	Personale al 31/12/2015
Sede Centrale	294	292
Distretto di Parma	752	751
Distretto di Fidenza	390	376
Ospedale di Fidenza	619	629
Distretto Valli Taro e Ceno	170	181
Ospedale Borgo Val di Taro	227	213
Distretto Sud-Est	195	190
TOTALE	2647	2632

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

Nella successiva Tabella 3 sono riportati i dipendenti suddivisi per sesso ed area contrattuale: dirigenza e comparto. Il personale femminile è pari al 71,31 % del totale e rappresenta il 76,98 % dell'Area Comparto ed il 47,35 % dell'Area Dirigenziale.

Tabella 3 – Distribuzione del personale in servizio al 31.12.2015 per genere	Femmine		Maschi		Totale
Personale complessivo	1877	71,31	755	28,69	2632
Dirigenti Medici Veterinari	214	47,35	238	52,65	452
Dirigenti Sanitari	50	70,42	21	29,58	71
Dirigenti PTA	11	39,29	17	60,71	28
Personale comparto	1602	76,98	479	23,02	2081
Incarichi struttura complessa	23	37,70	38	62,30	61
Incarichi struttura semplice	39	41,49	55	58,51	94
Altri incarichi dirigenza	214	54,04	182	45,96	396
Personale part-time	203	95,31	10	4,69	213

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

Nella tabella 4 sono riportati i dati relativi all'andamento del personale suddiviso per categorie professionali con rapporto di lavoro a tempo parziale dall'anno 2012 all'anno 2015.

Tabella 4 Andamento del personale a tempo parziale/impegno ridotto

	Dipendenti Part-Time 31/12/2012	Dipendenti Part-Time 31/12/2013	Dipendenti Part-Time 31/12/2014	Dipendenti Part-Time 31/12/2015
Dirigenti Medici Veterinari	5	3	3	5
Dirigenti Sanitari	9	8	2	4
Dirigenti P.T.A.	0	0	0	0
Personale Infermieristico	104	101	100	93
Personale Tec. Sanitario	8	8	7	7
Personale Prevenzione	7	7	7	7
Personale Riabilitazione	24	25	25	19
Assistenti Sociali	3	3	2	3
Personale Tecnico	16	17	17	19
O.S.S.	9	9	9	10
Personale Amministrativo	54	52	46	46
TOTALI DIP. PART-TIME	239	233	218	213

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

LE INIDONEITA'

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

Nel 2015, sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato e degli scadenziari, sono stati visitati, ai sensi del D.Lgs 81/2008, i dipendenti dei Distretti e degli Ospedali di Vaio- Borgotaro oltre agli allievi del corso laurea infermieristico e tecnico della prevenzione, e altre figure mediche e veterinarie o di medici radiologi con rapporto di convenzione o libero-professionale, di emergenza 118 (MET), per un **TOTALE DI 1.123 addetti**. 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, etc.....). Le patologie dell'apparato osteoarticolare ed in particolare del rachide/spalla connesse con l'attività di movimentazione di pesi o assistiti, si confermano, in linea con le risultanze della sorveglianza sanitaria degli anni precedenti e con quanto riportato anche in letteratura per il Comparto Sanità e, non ultimo, per effetto dell'anzianità anagrafica in costante aumento, il principale problema di salute della popolazione lavorativa dell' Azienda USL di Parma, con ripercussioni sulla continuità assistenziale dei reparti ospedalieri e dell'assistenza domiciliare integrata e sui giudizi di idoneità alla mansione espressi. Le tabelle successive riportano l'entità numerica della sorveglianza sanitaria attuata e dell'esposizione a rischi professionali, come da comunicazione annuale INAIL, allegato 3B del DLgs 81/2008, in corso di predisposizione.

		M	F
Parma-Sede	Visite TOTALI	316	693
Fidenza-Vaio	Visite TOTALI	290	750
Sud-Est	Visite TOTALI	47	138
Borgotaro-Valli Taro	Visite TOTALI	95	300
TOTALE		889	1881

Parma-Sede	Visite 2015	143	266
Fidenza-Vaio	Visite 2015	119	330
Sud-Est	Visite 2015	19	66
Borgotaro-Valli Taro	Visite 2015	43	137
TOTALE		324	799
TOTALE	Idonei	278	610
TOTALE	Idonei prescr/limitaz temp	6	40
TOTALE	Idonei prescr/limitaz	38	141
TOTALE	Non idoneo temporaneam	0	7
TOTALE	Non idonei permanenti	2	1

ESPOSIZIONE AI RISCHI PER LA SALUTE DEI LAVORATORI VISITATI	
Movimentazione manuale dei carichi (n° esposti)	333
Sovraccarico biomeccanico arti superiori (n° esposti)	
Agenti chimici	
Agenti allergizzanti	670
Agenti cancerogeni e mutageni	
Farmaci antiblastici	9
Agenti biologici	810
Videoterminali	167
Vibrazioni corpo intero o mano braccio	
Rumore	36
Radiazioni ionizzanti categoria A e B	84
Radiazioni ottiche artificiali o ultraviolette naturali	
Microclima severo	
Infrasuoni o ultrasuoni	
Atmosfere iperbariche	16
Lavoro notturno (D.L.gs. 66 del 2003) > 80 gg l'anno	
Lavoro a turni con notte	327
Campi magnetici	56

La prevalenza di giudizi di NON IDONEITA' PERMANENTE O TEMPORANEA e di IDONEITA' CON LIMITAZIONE riguarda dipendenti con qualifica sanitaria (infermieristica e OSS). La prevalenza di non idoneità o idoneità con limitazione riscontrata nel personale sanitario (infermieristico e ausiliario (OSS, OT, ausiliari) di Struttura Ospedaliera, è in linea con quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali. Seppure i dati non siano relativi alla totalità dei dipendenti soggetti a visita, rispetto al prospetto presentato nel 2014 appare in netta diminuzione la percentuale di soggetti "non idonei temporaneamente" mentre la percentuale di "idonei con prescrizioni/limitazioni" rimane costante anche in presenza di un crescente numero di di visite straordinarie richieste dai lavoratori con problematiche di salute o da assenze superiori ai 60 giorni.

3.4.I Dati Economici

Si rimanda, per un maggiore dettaglio, alla SEZIONE 2, “Profilo Aziendale” paragrafo “sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale” del Bilancio di Missione.

Di seguito si riportano le tabelle con una sintesi dei conti economici, trend 2013-2015, da cui si evince che nell’ultimo triennio l’Azienda è sempre risultata in utile, attestandosi quindi su un livello di performance molto buono, e con la sintesi del piano investimenti relativo al triennio 2015-2017.

Sintesi conti economici anni 2013-2015			
	2013	2014	2015
A) Valore della produzione	807.985.071	809.374.243	819.672.050
B) Costi della produzione	800.424.274	801.261.467	819.242.151
C) Proventi ed oneri finanziari	- 263.270	- 174.261	- 159.860
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	642	- 1	-
E) Proventi ed oneri straordinari	2.189.357	1.689.266	9.379.475
Y) Imposte e tasse	9.473.305	9.596.816	9.636.197
Utile(perdita d'esercizio) (A-B+C+D+E-Y)	14.221	30.964	13.317

Sintesi piano investimenti anni 2015-2017			
	2015	2016	2017
Totali investimenti da realizzare	7.335.000	4.923.000	2.433.000
Totale alienazioni poste a finanziamento del piano degli investimenti (valore bilancio)	5.107.000	2.302.000	1.042.000

3.5.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 composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore delle attività socio-sanitarie, 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.

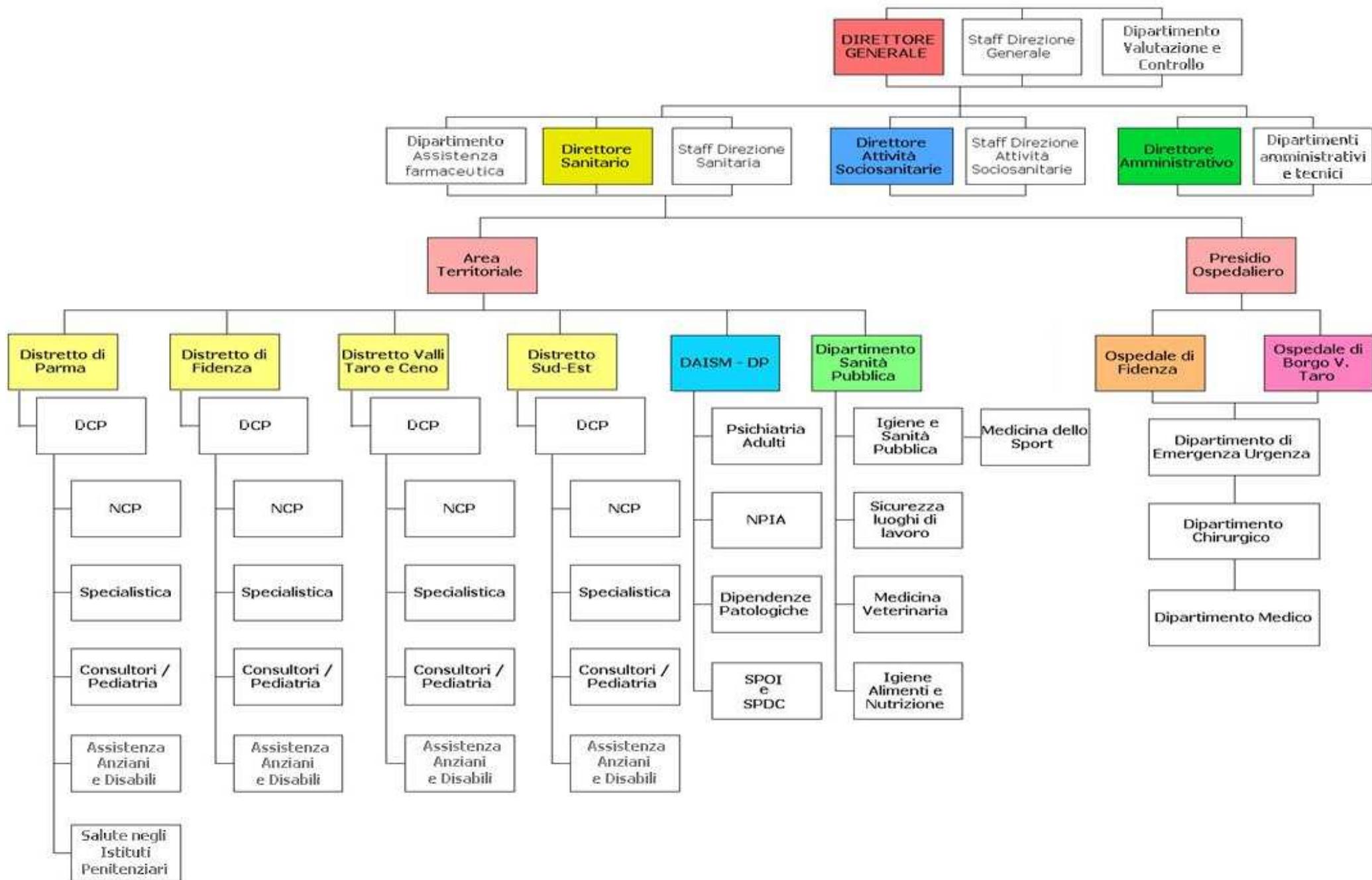
Esprime parere su regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

“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. E' 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 ed i Dipartimenti tecnico-amministrativi sono il Dipartimento Risorse Umane e Risorse Economico Finanziarie, il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed il Dipartimento Valutazione e Controllo.

Area Vasta Emilia Nord (AVEN): l'Azienda USL di Parma partecipa alla forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sette Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda Ospedaliera 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-Emilia 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.

L'Azienda USL di Parma adotta il seguente modello organizzativo:



4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance

Gli impegni strategici su cui sarà impegnata l'Azienda USL di Parma nel prossimo triennio 2016-2018, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma, formalizzati nella DGR 172/15.

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 customer satisfaction ed è distinta in tre aree :

- **Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni:** per quanto riguarda la facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, nel prossimo triennio l'impegno dell'Azienda sarà orientato principalmente al *miglioramento dei tempi di attesa* delle prestazioni offerte, allo *sviluppo del day service ambulatoriale*, al *miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa* per la specialistica, al *miglioramento del ciclo prescrizione e prenotazione dei controlli* con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini ed alla corretta gestione delle agende di prenotazione. Nell'ambito del governo della domanda e dell'appropriatezza degli interventi a livello ospedaliero, specialistico e farmaceutico gli impegni del prossimo triennio riguarderanno prioritariamente *Assistenza perinatale*, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto; *PMA* (procreazione medicalmente assistita), dove verrà definito il percorso assistenziale e sarà definito il percorso assistenziale in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma;
- **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 nel percorso nascita e IVG (legge 194), nelle reti di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, nel diabete in età pediatrica, nella patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura del femore e protesi), nella distribuzione dei farmaci (compreso l'impegno a definire l'accordo locale sulla distribuzione per conto), nell'assistenza sociosanitaria per i pazienti della salute mentale attraverso la metodica del budget di salute, nel percorso di chiusura OPG

e nella promozione e tutela della salute in carcere; sarà altresì una priorità assicurare il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale, 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 del progetto demenze e l'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie. L'Azienda, in particolare, dovrà garantire equità ed omogeneità di accesso ai servizi sociosanitari nel rispetto delle indicazioni regionali e servizi flessibili in tutti i distretti in sostegno dell'attività dei caregiver (in particolare ricoveri di sollievo).

- **Area degli esiti:** gli 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 enfatizzando 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 nell' **area ospedaliera** saranno orientati all'applicazione 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". Le scelte programmatiche aziendali avranno una particolare attenzione alla integrazione ospedale-territorio ed ai percorsi di continuità assistenziale. In particolare dovrà essere pianificata ed implementata l'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. In ambito oncologico dovrà essere promosso lo sviluppo della rete clinico-organizzativa del paziente con particolare attenzione alla tempestività alla multidisciplinarietà ed all'integrazione del percorso ospedaliero-territoriale perseguendo la concentrazione della casistica per garantire qualificazione professionale ed ottimizzazione delle risorse. Particolare attenzione dovrà essere posta alla riorganizzazione della rete dei punti nascita in coerenza alle risultanze dell'audit regionale. Nell' **area territoriale** gli impegni saranno orientati al completamento delle Case della Salute programmate con la realizzazione di un modello organizzativo orientato alla semplificazione dell'accesso ai servizi, nel percorso di attivazione dei posti letto di cure intermedie in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, nell'implementazione e diffusione dei PDTA regionali (BPCO, scompenso cardiaco e diabete) in tutte le Case della Salute consolidando il modello dell'ambulatorio infermieristico per la cronicità e promuovendo l'utilizzo sistematico di strumenti per l'identificazione proattiva della popolazione a rischio di cronicità, nello sviluppo delle cure palliative, delle cure domiciliari e dei percorsi di assistenza protesica, nello sviluppo della funzione di assistenza primaria in tema di salute mentale all'interno delle Case della Salute secondo logiche di accoglienza, valutazione e presa in carico, nell'assicurare l'accesso tempestivo e appropriato alle strutture ospedaliere degli ospiti delle strutture sociosanitarie accreditate garantendo percorsi integrati di dimissioni protette per anziani non autosufficienti, nel promuovere l'uso di strumenti di equity auditing finalizzati alla riorganizzazione dei servizi territoriali. Nell' **area della prevenzione** strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale. Verrà data applicazione al Piano Regionale della Prevenzione articolato in progetti organizzati per setting: Ambienti di Lavoro, Comunità (declinata secondo tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età specifici e interventi per patologia), Scuola, Ambiente Sanitario). Nel prossimo triennio le azioni saranno prioritariamente orientate ad

accrescere e favorire processi di empowerment individuale e di comunità con conseguente miglioramento degli stili di vita e del benessere delle persone e ad adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute.

- **Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico:** nel prossimo triennio diventerà prioritario sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure dei pazienti in ospedale e sul territorio, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati. In particolare, si rende necessario: armonizzare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri; integrare le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e di rischio occupazionale; applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo; applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure, sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse. Nello specifico dell'appropriatezza farmaceutica, 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; oltre all'informazione puntuale sui farmaci e la formazione di tutti i professionisti coinvolti, dovranno essere realizzati monitoraggi ed audit clinici nell'area farmaco e nell'area dispositivi medici; andrà promosso l'uso dei farmaci biosimilari ed equivalenti e dovranno essere utilizzati i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico AVEN anche nella continuità ospedale territorio.
- **Area dell'organizzazione:** la dimensione interaziendale di integrazione 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. Obiettivo prioritario è la concentrazione strutturale delle funzioni amministrative, tecnico professionali e sanitarie, a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico, con possibili economie di scala ed economie di processo. In ambito ICT, nel prossimo triennio le azioni da perseguire devono fare riferimento al documento "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" 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. Le aree in cui prioritariamente dovranno essere sviluppati i progetti saranno: rete Sole/FSE; integrazione socio-sanitaria; innovazione dei sistemi per l'accesso; razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali, mettendo in campo le azioni necessarie per la costruzione dell'Anagrafe Regionale Assistenti; dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura). Particolare impegno si richiede nell'adozione e diffusione del nuovo software della scheda sanitaria individuale dei medici di medicina generale. Per quanto riguarda gli adempimenti nei flussi informativi dovrà essere posta 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, verso il livello nazionale – trattandosi di adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale.
- **Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza :** Le scelte strategiche in quest'area si focalizzeranno sui seguenti quattro punti: **1) Impegno**, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2016/2018 (approvato con deliberazione n. 40 del 29 gennaio 2016) , unitamente

all'allegato Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2016/2018 (approvato con deliberazione n. 39 del 29 gennaio 2016), 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, nell'ambito delle previsioni della legge n. 190/2012, dei decreti dalla stessa derivati e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati. 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. Da qui i criteri fondamentali del Piano, modularità e progressività, che rispondono all'esigenza di 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. **2) Adempimento:** Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempiere a quanto indicato dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione aggiornato, 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 nell'amministrazione. **3) Miglioramento organizzazione e attività:** L'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, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive. **4) 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 un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento principe si ritiene sia costituito dalla formazione. Sul punto, tra le misure si prevedono iniziative ed interventi di informazione e di diffusione, sia del sistema, delle strategie e degli interventi, ma anche delle opportunità e dei benefici che porterebbe un complessivo cambiamento culturale.

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

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:** 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.
- **Area dello sviluppo organizzativo:** per quanto riguarda la valorizzazione del capitale umano gli impegni riguarderanno: l'integrazione della ricerca e la formazione come parte della missione istituzionale; l'avvio di azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati; la progettazione di percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della

demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni; il miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e l'orientamento dei sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione.

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:** 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. Prosegue l'adesione alla gara di Tesoreria unica regionale nei termini previsti e garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile al fine di rispettare i tempi di pagamento previsti dalla normativa. 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.
- **Area 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 ed, a livello territoriale, sulle Case della Salute; sarà necessario altresì effettuare investimenti in tecnologie biomediche e 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 finalizzati al superamento della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed individuando un punto di equilibrio tra la necessaria prossimità delle cure relativamente all'assistenza di base e specialistica e l'accessibilità del cittadino alle prestazioni ospedaliere per acuzie.

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

Dimensioni di Performance	Obiettivi di Mandato del Direttore Generale (ex DGR 172/15) e altri obiettivi di particolare rilevanza
1 Performance dell'utente	
1.1 Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	1.1.1 (1.3) Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
	1.1.2 (1.6) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico*
1.2. Area dell'integrazione	1.2.1 (1.4) Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale
	1.2.2 (1.8) Integrazione sociosanitaria
1.3. 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 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio
	2.1.3 (1.5) Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2 Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	2.2.1 (1.7) Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
	2.2.2 (1.6) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico**
2.3 Area dell'Organizzazione	2.3.1 (2.2) Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
	2.3.2 (2.3) Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
	2.3.3 (2.6) Adempimenti nei flussi informativi
	2.3.4 Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale
2.4 Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	2.4.1 Promozione cultura della legalità mediante informazione/formazione
	2.4.2 Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
	2.4.3 Attenzione e sensibilizzazione su Codice di comportamento e conflitti di interesse
3 Performance dell'Innovazione e dello sviluppo	
3.1. Area della ricerca e della didattica	3.1.1 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) Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti

*Esclusa la parte farmaceutica; *Solo la parte farmaceutica; *** cfr. Area degli Esiti pag. 25

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; di seguito la descrizione di come, nell'Azienda Usl di Parma, vengono misurate e valutate la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

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 si esplicita operativamente attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali.

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, sovrintendere 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.

Misurazione e Valutazione della Performance Individuale

La gestione del ciclo delle performance, quale strumento per migliorare l'attività di programmazione e di controllo e garantire una maggiore qualità dei servizi si sta consolidando in Azienda quale best practice anche e soprattutto alla luce della situazione generale di riduzione delle risorse disponibili, che impone una più attenta programmazione delle attività, una gestione più efficiente e una verifica sempre più puntuale dell'efficacia delle azioni avviate.

Oltre all'ambito della misurazione e valutazione della performance organizzativa, particolare importanza viene attribuita al collegato processo di misurazione e valutazione della performance individuale ed ai connessi aspetti inerenti le competenze dimostrate ed i comportamenti organizzativi attuati per il raggiungimento degli obiettivi individuali/di gruppo e della struttura.

Un sistema di valutazione delle prestazioni del personale, agganciato ad un sistema incentivante per i risultati raggiunti, in una logica di direzione per obiettivi, è diventato essenziale nel ciclo di programmazione, misurazione e controllo della performance dell'azienda.

L'azienda ha ritenuto strategico definire un proprio modello in linea con il processo di definizione degli obiettivi organizzativi, ricompresi nel ciclo del budget, integrandolo attraverso la correlazione tra obiettivi strategici e obiettivi operativi, con il processo di definizione degli obiettivi individuali/di gruppo, proprio della valutazione del personale. E tutto ciò per tendere al miglioramento della qualità dei servizi e alla crescita delle competenze professionali dei dipendenti.

Il sistema prevede contestualmente all'utilizzo dei risultati di budget, quale modalità di misurazione della performance organizzativa, la valutazione della performance individuale (dirigenza e comparto) da rilevarsi tramite scheda di valutazione, con l'obiettivo di sviluppare il ciclo della performance, di evidenziare gli apporti individuali al raggiungimento degli obiettivi complessivi e di introdurre un sistema per la crescita e lo sviluppo del personale, strumenti indispensabili in un contesto organizzativo complesso come quello in cui si trova ad operare l'Azienda sanitaria.

Per approfondimenti si rimanda alla visione degli strumenti attualmente in uso all'azienda e che costituiscono il sistema aziendale di valutazione integrata del personale .

Nelle successive tabelle vengono riportati i dati relativi agli incarichi previsti e assegnati al personale appartenente alle aree dirigenziali e di comparto al 31 dicembre 2015:

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO al 31/12/2015					
Personale Dipendente Area Comparto		Posizioni Organizzative Previste	Posizioni Organizzative assegnate	Funzioni di Coordinamento Previste	Funzioni di Coordinamento Assegnate
Pers. Area Socio - Sanitaria	1365	50	41	124	106
Pers. Area Tecnico Amministrativa	716	54	47	0	0
Totale	2081	104	88	124	106

INCARICHI PERSONALE AREE DIRIGENZIALI al 31/12/2015			
TIPOLOGIA INCARICO	AREA CONTRATTUALE	Previsti	Assegnati
	DIPARTIMENTI SANITARI	18	14
DIPARTIMENTI*	DIPARTIMENTI TECNICI/AMMINISTRATIVI	3	2
	TOTALE INC. DIPARTIMENTO	20	15
	Area Medica e Veterinaria	46	27
STRUTTURE COMPLESSE	Area Dirigenza Sanitaria	5	3
	Area Dirigenza P.T.A.	13	10
	TOTALE INC. STR. COMPLESSA	64	40
STRUTTURE SEMPLICI	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	109	88
INC. PROFESSIONALI ALTA SPECIALIZZAZIONE	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	75	56
ALTRI INCARICHI	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	352	352

**Sono ricompresi gli incarichi di Direzione di Articolazione Territoriale (Distretto e Direzione Medica di P.O.).*

6. Indicatori di risultato

E' stato scelto un set comune di indicatori di risultato (93 indicatori, 74 di valutazione e 9 di sola osservazione) a garanzia della confrontabilità con le altre realtà regionali, della trasparenza e della coerenza al sistema.

Gli indicatori sono disponibili nel Sistema Informativo Valutazione della Regione Emilia-Romagna (SIV-ER) 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).

Al fine di qualificare meglio le caratteristiche del sistema di cure in cui opera l'Azienda USL di Parma, sono stati identificati alcuni indicatori aggiuntivi che riguardano ambiti di particolare rilevanza nelle strategie di programmazione aziendali riferiti alle Case della Salute, alle Cure Intermedie ed alla Trasparenza/Anticorruzione (12 indicatori contraddistinti dal colore lilla)

1.1. Area Accesso e Domanda

Si tratta di 11 indicatori, di cui 2 di particolare rilevanza aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti (Griglia LEA)	148,56	151,92	141,08	↓	↓	↓
TdA ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,26	92,36	97,17	=	=	=
TdA ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,24	96,86	97,77	=	=	=
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	95,28	85,26	68,93	=	=	=
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi Salute Mentale Adulti	4,54	10,5	12,13	=	=	=
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso – (Griglia LEA)	16	16	16	=	=	=
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	79,71	82	68,82	=	=	=
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	69,10	68,80	64,54	=	=	=
Tasso di accesso in PS	306,79	313,41	380,84	=	=	=
% Case della Salute attivate rispetto alle Case della salute programmate	61,6	57,7		↑	↑	↑
Posti letto di cure intermedie attivati	46	30		↑	↑	↑

1.2.Area Integrazione

Si tratta di 10 indicatori, di cui 3 di particolare rilevanza aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite – (Griglia LEA)	275,05	266,45	188,83	↓	↓	↓
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni (Griglia LEA)	392,79	350,06	418,84	=	=	=
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI – (Griglia LEA)	5,47	5,77	4,31	=	=	=
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	29,71	31,14	26,05	↓	↓	↓
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	61,82	61,19	63,55	↑	↑	↑
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	27,14	30,27	17,41	↓	↓	↓
Tasso specifico di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	243,52	240,05	198,13	=	=	=
% popolazione assistita nelle Case della salute	30,8	-	-	↑	↑	↑
% di anziani >= 65 anni trattati nelle cure intermedie x 1000	1,8	-	3,3	↑	↑	↑
Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in cure intermedie	13,6	-	10,6	↓	↓	↓

1.3.Area Esiti

Si tratta di 23 indicatori, di cui 2 di particolare rilevanza aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72,54	72,95	77,62	↑	↑	↑
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	-	-	1,69	-	-	-
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	-	-	2,26	-	-	-
Mortalità a 30 giorni per IMA	14,97	14,87	9,2	↓	↓	↓
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	4,19	5,64	42,67	↑	↑	↑
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	13,23	9,88	12,13	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	-	-	1,65	-	-	-
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	12,65	13,89	11,6	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	-	1,56	-	-	-
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,25	11,64	9,48	=	=	=
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	21,51	18,18	6,42	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	-	-	1,04	-	-	-
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	8,33	-	4,35	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	2,84	-	3,76	=	=	=
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,78	-	0,83	=	=	=
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,56	-	0,97	=	=	=
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	65,8	58,76	70,38	↑	↑	↑
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,72	20,17	18,65	=	=	=
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	50,69	64,22	76,74	↑	↑	↑
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui	0	0	79,08	↑	↑	↑
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	3	2	↓	↓	↓
Mortalità durante il ricovero nelle cure intermedie	2,9	-	4,8	=	=	=
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso nelle cure intermedie	0,0	-	0,6	=	=	=

2.1.1. Area Produzione-Ospedale

Si tratta di 9 indicatori

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,56	3,51	3,18	↓	↓	↓
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,41	0,43	-0,47	↓	↓	↓
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,17	-0,7	-0,72	↓	↓	↓
Degenza media pre-operatoria	1,24	1,05	0,8	↓	↓	↓
Volume di accessi in PS	40.860	40.790	1.857.137	=	=	=
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.946	15.509	339.417	=	=	=
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	11.329	11.028	262.852	=	=	=
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.152	2.294	76.952	↓	↓	↓
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	7.121	7.528	88.286	=	=	=

2.1.2. Area Produzione-Territorio

Si tratta di 7 indicatori, di cui 2 di particolare rilevanza aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,88	19,67	20,18	=	=	=
Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	7,77	7,37	7,06	=	=	=
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	421.129	425.002	6.755.149	=	=	=
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	354.963	348.498	6.144.837	=	=	=
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.661.380	2.669.245	46.172.919	=	=	=
Volume di ricoveri in cure intermedie	374		2.059	↑	↑	↑
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici delle Case della salute*						

*rilevazione a partire dal 2016

2.2.3. Area Produzione-Prevenzione

Si tratta di 8 indicatori

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	52,3	55	48,6	=	=	=
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,8	41,4	33,8	=	=	=
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	69,41	65,57	75,3	↑	↑	↑
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alle persone invitate	51,58	56,91	50,29	↑	↑	↑
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	43,27	42,45	51,86	↑	↑	↑
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,29	94,49	92,91	=	=	=
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,19	11,2	10,07	=	=	=
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	97,99	-	98,73	=	=	=

2.2. Area Appropriatelyzza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Si tratta di 10 indicatori, di cui 1 di particolare rilevanza aziendale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	53,75	54,92	49,84	↑	↑	↑
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	5,62	6,02	6,6	↓	↓	↓
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,18	2,71	2,97	=	=	=
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	109,16	109,94	122,71	↓	↓	↓
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,26	0,26	0,22	↓	↓	↓
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	11,88	11,58	10,03	↓	↓	↓
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	0	0	4,1	=	=	=
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	1,52	1,95	2,54	=	=	=
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	20,55	15,72	35,8	↑	↑	↑
N° di cadute /1000 giorni di degenza nelle cure intermedie	0,7		1,4	=	=	=

2.3. Area Organizzazione

Si tratta di 1 indicatore

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice)	7	-	7,50	↑	↑	↑

2.4.Area Anticorruzione-Trasparenza

Si tratta di 3 indicatori

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	96,91	89,37	96,91	=	=	=
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	45,74	44,3	43,17	=	=	=
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	15,5	17,41	31,31	↑	↑	↑

3.1.Area Ricerca e didattica

Si tratta di 1 indicatore non disponibile in SIV-ER

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	9	8		=	=	=

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

3.2.Area Sviluppo organizzativo

Si tratta di 1 indicatore

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di adesione all'indagine di clima interno	29,13		26,52	↑	↑	↑

4.1.Area Economico-Finanziaria

Si tratta di 9 indicatori

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	60,44	56,57	228,89	=	=	=
Costo pro capite totale	1.788,21	1.782,47	1.823,12	=	=	=
Costo pro capite assistenza ospedaliera	719,69	738,95	710,4	↓	↓	↓
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.023,71	997,58	1.058,59	=	=	=
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	50,76	51,58	54,13	=	=	=
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	100,75	102,21	94,57	=	=	=
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	145,54	146,64	157,54	=	=	=
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	24,36	-	-	=	=	=
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	81,4	79,6	79,84	=	=	=

4.2.Area degli Investimenti

Si tratta di 1 indicatore non disponibile in SIV-ER

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (anno precedente)	Valore RER	2016	2017	2018
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	35,9	18,8		↑	↑	↑

1. Allegati: criteri di valutazione degli obiettivi di Budget e Es. scheda di budget

La valutazione degli obiettivi di Budget avviene attraverso la misurazione dei risultati ottenuti negli indicatori che li compongono e nella loro traduzione in punteggi. Come detto in precedenza, alcuni indicatori sono desumibili dall'analisi che si compie nelle diverse banche dati aziendali (principalmente sanitarie ed economiche) mentre altri vengono misurati a partire dalla realizzazione di fatti o atti organizzativamente rilevanti (produzione documentale, stati di avanzamento progetti, etc.); in entrambi i casi si tratta di misurazioni oggettive, in differenti unità di misura, traducibili in punteggi. Tipicamente una scheda di Budget è organizzata su 3 livelli gerarchici: in Ambiti, Aree e Obiettivi. Fatto 100 il peso complessivo di una Scheda di Budget, ogni Ambito ha assegnato un proprio peso che viene poi suddiviso nelle diverse Aree di cui è composto, fino a scendere a livello di Obiettivo che può essere composto da uno o più Indicatori, gli oggetti su cui si compie la misurazione delle performance. Per esempio, nei Dipartimenti di Cure Primarie un Ambito è costituito dall'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, che si divide in Aree tra cui la Prospettiva BSC Economico Finanziaria, che a sua volta è declinata nell'Obiettivo di Contenimento di Spesa per Alcune prestazioni specifiche, che è oggettivato negli Indicatori che misurano il Contenimento della Spesa attraverso la valorizzazione economica degli Indici di Consumo Standardizzati per specifiche prestazioni diagnostiche. La maggior parte degli Indicatori utilizzati per il monitoraggio viene misurata attraverso un confronto tra il Target assegnato e il Consuntivo realizzato per un dato periodo di riferimento. Le grandezze misurate possono essere di tipo economico (per esempio, costi), volumetrico (per esempio, prestazioni) e percentuale (per esempio, rapporti tra classi di farmaci); il criterio di calcolo utilizzato è il confronto, in percentuale, tra Target e Consuntivo. Altri indicatori, invece, misurano la realizzazione di un progetto in termini di completamento o stato di avanzamento dello stesso.

Alcuni esempi di calcolo del punteggio assegnato agli Obiettivi, attraverso la misurazione degli indicatori ad essi associati, rendono più chiaro il meccanismo. Concentrandosi sulla prima classe di Indicatori, quelli in cui si confronta aritmeticamente il Target e il Consuntivo, si evidenziano alcune tipologie che hanno una propria caratterizzazione a seconda delle grandezze in oggetto, del segno di miglioramento e della declinazione in punteggio dei risultati del calcolo.

1. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in crescita**: per questa tipologia di indicatori il calcolo viene fatto confrontando il valore Consuntivo con il valore obiettivo (Target) attraverso la formula: $\text{Consuntivo}/\text{Target} \times 100$. L'Indicatore esprime, percentualmente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo; si noti che nel caso in cui si superi il l'obiettivo assegnato il valore dell'Indicatore trova il suo limite nel 100%. Il punteggio che si attribuisce è uguale al peso assegnato all'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. *Esempio 1*: Indicatore Tempi di attesa Indice di performance di bacino; Target $\geq 90\%$, Consuntivo 94%; Valore Indicatore = 100% (e non $94/90 = 104,4\%$!). Essendo il peso assegnato a questo specifico indicatore uguale a 2, il punteggio è uguale al 100% di 2, cioè 2 punti. *Esempio 2*: Indicatore Refertazione SOLE di esami di Radiologia. Target = 13.000, Consuntivo = 12.000, Valore Indicatore = $12.000/13.000 \times 100 = 92,3\%$. Il peso assegnato a questo Indicatore è = 1, quindi il punteggio è uguale al 92,3% di 1, ossia a 0,923.
2. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in diminuzione**: questa tipologia di indicatori è assai simile a quella precedente. Anche in questo caso vengono confrontati Target e Consuntivo in

percentuale; il Consuntivo deve essere uguale o inferiore al Target per ottenere il 100%. Nel caso in cui la diminuzione non sia stata raggiunta, ovvero nel caso in cui $\text{Consuntivo} - \text{Target} > 0$, la formula di calcolo è diversa rispetto a quanto visto per l'Indicatore al punto 1 e diventa:
Valore indicatore in percentuale:

- se $\text{Consuntivo} > 2 * \text{Target} = 0$
- se $\text{Consuntivo} \leq 2 * \text{Target} = (1 - (\text{Consuntivo} - \text{Target}) / \text{Target}) * 100$.

Il punteggio attribuito è, anche in questo caso, uguale al peso dell'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. Esempio 1: Indicatore Valore Antitrombotici erogati in CRA; Target=21,48, Consuntivo 34,12. Valore Indicatore = $(1 - (34,12 - 21,48) / 21,48) * 100 = 41\%$. Essendo il peso dell'Indicatore = 1, il punteggio generato è uguale al 41% del peso, cioè 0,41. Esempio 2: Indicatore Spesa Ossigenoterapia domiciliare: Target = 176.139,50, Consuntivo =170.851,59, Valore Indicatore=100%. Il peso di questo specifico indicatore è uguale a 3 quindi il punteggio ottenuto è il 100% di 3.

- 3. Indicatore generico economico in base a fascia:** In questo caso, a differenza dei due precedenti, il coefficiente con cui moltiplicare il peso assegnato all'Indicatore è legato ad una fascia dipendente dalla percentuale "aritmetica" di raggiungimento dell'obiettivo. I criteri per il calcolo "aritmetico" $\text{Consuntivo} - \text{Target}$ in termini percentuali sono identici a quelli espressi ai punti 1) e 2) ma il risultato ottenuto è tradotto in una percentuale "effettiva" di raggiungimento dell'obiettivo attraverso una declinazione in base a fasce di valori. Se la percentuale "aritmetica" di raggiungimento dell'obiettivo che, si ripete, è calcolata con le formule viste ai due punti precedenti, è compresa tra lo 0% e il 69,99% il coefficiente di ponderazione è pari a 0, se è compresa tra 70% e 89,99% il coefficiente è pari a 0,5, se è compresa tra 90% e 97,99% il coefficiente è pari a 0,75, se è $\geq 98\%$ il coefficiente è pari a 1. Esempio: Indicatore Spesa Assistenza Protesica. Target = 535.155,00, Consuntivo = 613.417,00, percentuale aritmetica di raggiungimento = 85,37%, risultato che si colloca nella fascia che ha associato il coefficiente 0,5. Essendo il peso dell'indicatore = 3, il punteggio generato è pari a 1,5.
- 4. Per percentuali in crescita con fasce:** del tutto simile all'indicatore di cui al punto 3, confronta percentuali e non valori economici, l'indicatore è tarato in base a fasce atte a rappresentare con maggiore sensibilità scostamenti troppo evidenti dall'obiettivo. Se risultato raggiunto è "aritmeticamente" tra lo 0% e il 74,99% il coefficiente di ponderazione è pari a 0, se è compreso tra 75% e 89,99% il coefficiente è pari a 0,5, se è compreso tra 90% e 97,99% il coefficiente è pari a 0,75, se è $\geq 98\%$ il coefficiente è pari a 1. Esempio: Indicatore principi a brevetto scaduto prescritti sul totale. Target=80%, Consuntivo = 77,8%, percentuale aritmetica di raggiungimento = 97,5% che si traduce, in termini di fasce di valori, nel 75% di raggiungimento "effettivo" dell'obiettivo. Il peso dell'obiettivo è pari a 5, il punteggio raggiunto è il 75% di 5, vale a dire 3,75.
- 5. Indicatore generico volumi da contenere, con fascia** anche in questo caso, si tratta di volumi attesi in diminuzione, vengono in considerazione fasce di valori che traducono il valore "aritmetico" del confronto percentuale $\text{Consuntivo} - \text{Target}$ in coefficienti effettivi di ponderazione del punteggio massimo teorico associato all'Indicatore. I valori di fascia sono identici a quelli di cui al punto 4. Esempio: Indicatore Diminuzione delle DDD per 1000 assistiti per farmaci Antidepressivi. Target = 33,00, Consuntivo =37,93, Rapporto aritmetico $\text{Consuntivo} - \text{Target} = 85\%$, che si traduce, in base alla fascia in cui ricade, nel coefficiente 0,5. Il punteggio ottenuto è uguale a 2,5 (peso indicatore)*0,5 (coefficiente di raggiungimento)=1,25.

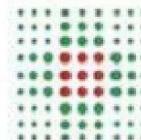
6. **Fascia specifica per valutazione indicatore percentuale errori ASA:** in questo specifico caso, l'errore ASA espresso in percentuale è già un indicatore in sé e si tramuta in un coefficiente a seconda delle fasce in cui si colloca. Quando l'errore ASA è compreso tra 0% a 1% il coefficiente è pari a 1, da >1% a <=3% è pari a 0,5, da >3% a <=4,5 è pari a 0,25, quando è >4,5 è pari a 0. *Esempio:* Indicatore Contenimento degli errori scartanti. Target = 1%, Consuntivo = 3,5%, che ricade nella fascia >3% e <=4,5. Il punteggio ottenuto è pari a 3 (peso dell'indicatore in oggetto)*0,25 (coefficiente della fascia di riferimento)= 0,75.

Per quanto riguarda gli Indicatori che misurano la realizzazione o lo stato di avanzamento di un progetto il discorso è più semplice, per esempio:

7. **Indicatore annuale Stato Avanzamento Progetto:** l'indicatore dà semplicemente conto del grado di raggiungimento del progetto rispetto a quanto previsto, la traduzione in punteggio avviene in base a fasce predefinite. *Esempio:* l'Obiettivo del consolidamento di forme di erogazione alternative al cd. Service di fornitura di prodotti specifici ai pazienti della Nutrizione Artificiale, viene misurato attraverso l'indicatore "Nuove modalità di fornitura attivate"; se l'implementazione di tali forme di erogazione alternative al NAD si è dispiegata solo in maniera parziale, allora lo stato del progetto è "parzialmente completato" che mostra un coefficiente di raggiungimento pari al 70%. Essendo il punteggio associato all'Obiettivo pari a 2, il punteggio realizzato è $2 * 0,70 = 1,4$.

La somma dei punteggi dei singoli Obiettivi fornisce la performance complessiva della Scheda di Budget in un determinato periodo; come si è detto il peso complessivo associato a ciascuna scheda è pari a 100, che è quindi il punteggio limite massimo teorico raggiungibile. La scelta di misurare la performance in centesimi è stata compiuta per coniugare le ragioni di intelligibilità di lettura con quelle di una soddisfacente granularità della rappresentazione del punteggio complessivo.

2016



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

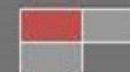
Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Esempio

Verifica finale al 31/12/2016

Responsabile Cognome Nome

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo



Schema di budget Dipartimento Esempio 2016

Verifica finale al 31/12/2016

Struttura Dipartimento Esempio
Tipo Struttura Centro di Responsabilità
Codice Struttura 1000
Responsabile Cognome Nome
Validità 01/01/2016 - 31/12/2016



89%

OBIETTIVI**1****Tutte le aree diparimentali**

Peso: 11



89%

1.1**AREA DELLA QUALITA' ORGANIZZATIVA E SICUREZZA**

Peso: 5



100%

1.1.1**Percorso di Accredimento**

termina il percorso di preparazione per l'ACCREDITAMENTO. Verrà formalizzata la domanda di accreditamento per arrivare alla visita della commissione regionale.

Peso: 5



100%

Tipo indicatore	Indicatore	Udm	Peso	31/12/2016		31/12/2016		Performance
				Val. Riferimento	Val. Atteso	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Manuale della qualità del dipartimento e procedure operative collegate. Invio domanda in Regione per accreditamento	Si/No	100		Si	Si	Si	 100%

Schema di budget Dipartimento Esempio 2016

Verifica finale al 31/12/2016

1.2 AREA DELL'AUTONOMIA ECONOMICO FINANZIARIA

Peso: 6



80%

1.2.1 Personale dipendente *Miglior utilizzo ore straordinarie e monitoraggio ferie residue (allineamento aziendale)*

Peso: 3



80%

Tipo indicatore	Indicatore	Udm	Peso	31/12/2016		31/12/2016		Performance
				Val. Riferimento	Val. Atteso	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Costo ore straordinarie pagate	EUR	100	30.000,00	30.000,00	30.000,00	27.000,00	 100%
Indicatore generico volume attività da contenere	Residuo medio ferie al 31/12/2016 personale comparto	n.	100	5,00	5,00	5,00	4,00	 100%
	Residuo medio ferie al 31/12/2016 personale dirigenza	n.	100	8,00	5,00	5,00	8,00	 40%

1.2.2 Formazione/qualificazione del personale *Rispetto budget attribuito per formazione esterna*

Peso: 3



80%

Scheda di budget Dipartimento Esempio 2016

Verifica finale al 31/12/2016

Tipo indicatore	Indicatore	Udm	Peso	31/12/2016		31/12/2016		Performance
				Val. Riferimento	Val. Atteso	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico economico in diminuzione	Rispetto budget assegnato per formazione esterna	EUR	100	10.000,00	10.000,00	10.000,00	12.000,00	 80%

Scheda di budget Dipartimento Esempio 2016

Verifica finale al 31/12/2016

2

Servizio A

Peso: 6



83%

2.1

AREA DELL'EFFICIENZA DEI PROCESSI:

Peso: 6



83%

2.1.1

Commissione Abababa*Rispetto dei tempi di attesa e adeguamento organizzazione (prenotazioni) e informazione all'utenza*

Peso: 6



83%

Tipo indicatore	Indicatore	Udm	Peso	31/12/2016		31/12/2016		Performance
				Val. Riferimento	Val. Atteso	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico giorni attesi in diminuzione	Rispetto del tempo medio attesa richiesta visita (<60gg)	gg	100	62	60	60	70	 83%

Scheda di budget Dipartimento Esempio 2016

Verifica finale al 31/12/2016

3**Servizi ICT***Peso: 3*

100%

3.1**AREA INNOVAZIONE DI PROCESSO E PRODOTTO***Peso: 3*

100%

3.1.1**Incremento prescrizioni SOLE almeno del 10% rispetto al 2015***Peso: 3*

100%

Tipo indicatore	Indicatore	Udm	Peso	31/12/2016		31/12/2016		Performance
				Val. Riferimento	Val. Atteso	Val. Previsto	Val. Consuntivo	
Indicatore generico volume attività da aumentare	Numero prescrizioni SOLE 2016	n.	100	291.848,00	321.033,00	321.033,00	322.000,00	 100%