2016

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

Piano delle Azioni
Verifica al 31/12/2016

Direzione Generale

Stampato il 30/11/2017

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE	1.1 - Cure Primarie	1.1.1 - Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute	
		1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie	
		1.1.3 - Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale	
		1.1.4 - Cure Intermedie	
		1.1.5 - Le cure domiciliari	
		1.1.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	
	1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	
		1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale	
		1.2.3 - DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	
	1.3 - SALUTE DONNA	1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	
		1.3.2 - Azioni di integrazione	
		1.3.3 - Spazio Giovani	
		1.3.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	
	1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	1.4.1 - Quadro generale	
		1.4.2 - Area Psichiatria Adulti	
		1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	
		1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche	
		1.4.5 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE	1.5 - SANITA' PUBBLICA	1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali	
		1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica	
		1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
		1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	
		1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	
		1.5.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	
	1.6 - GLI SCREENING	1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	
		1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino	
		1.6.3 - Screening del tumore della mammella	
		1.6.4 - Screening del tumore del colon retto	
2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero	2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	
		2.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera	
	2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale	2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata	
		2.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA	
3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE	3.1 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria	3.1.1 - Obiettivi generali	
	3.2 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	3.2.1 - Obiettivi generali	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE	3.3 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale	3.3.1 - Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori	
	3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva	3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	
	3.5 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere	3.5.1 - Inquadramento generale	
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	4.1 - AREA TRASVERSALE	4.1.1 - Obiettivi generali	
		4.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	5.1 - CURE PALLIATIVE	5.1.1 - Obiettivi generali	
		5.1.2 - DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative	
	5.2 - DEMENZE	5.2.1 - Quadro generale	
	5.3 - EMERGENZA URGENZA-118	5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario	
		5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	
		5.3.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative	
	5.4 - Politica del farmaco	5.4.1 - Quadro generale	
		5.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	
	5.5 - Medicina riabilitativa	5.5.1 - Quadro generale	
	5.6 - PATOLOGIE CRONICHE	5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare	
		5.6.2 - Nutrizione Artificiale	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche	5.7.1 - Area Territoriale	
		5.7.2 - Area Ospedaliera	
		5.7.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica	
	5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata	5.8.1 - Quadro generale	
	5.9 - SANITA' PENITENZIARIA	5.9.1 - Quadro generale	
		5.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	
	5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità	5.10.1 - Quadro Generale	
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione	6.1.1 - Azioni di consolidamento	
		6.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale	
	6.2 - Il Sistema Informatico Aziendale	6.2.1 - Obiettivi 2015	
		6.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	
	6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'	6.3.1 - Accreditamento e Qualità	
		6.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione	
	6.4 - GOVERNO CLINICO	6.4.1 - Quadro generale	
		6.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri	
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE	7.1.1 - Quadro generale	
		7.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta	7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	
	7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	
		7.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il miglioramento del sistema informativo contabile	
	7.4 - LA FORMAZIONE	7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	
		7.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione	
	7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso	7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	
		7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	
	7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo	7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	
		7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	
		7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	
		7.6.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle risorse umane	
	7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze	7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale	
	7.8 - Sicurezza del lavoro	7.8.1 - Quadro generale	
		7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	
		7.8.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	
	7.9 - Politiche degli acquisti e logistica	7.9.1 - Obiettivi 2016	
		7.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area	Sub-Area	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.10 - Il Piano degli Investimenti	7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	
		7.10.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	
	7.11 - Azioni per il risparmio energetico	7.11.1 - Quadro generale	
		7.11.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare	

Area	1	ASSISTENZA TERRITORIALE

Sub-Area	1.1	Cure Primarie

Settore	1.1.1	Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Case della Salute, 16 attive nell'Azienda USL di Parma, come interpretate nella Regione Emilia Romagna, presentano elementi di innovazione assoluta nel panorama del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentando non solo la struttura in cui vengono erogate le cure primarie, ma anche il contesto in cui realizzare interventi di prevenzione, promozione e costruzione sociale della salute, attraverso un lavoro multidisciplinare e in team, composto non solo dai professionisti e dagli operatori ma anche dai cittadini. Nel 2016 si procederà ad avviare le Case della Salute pianificate per il corrente anno nei Distretti di Parma, Fidenza e Valli Taro-Ceno, verrà ulteriormente sviluppato il percorso di integrazione tra i Professionisti che operano e/o opereranno nelle Case della Salute, anche attraverso strumenti formativi, e particolare enfasi sarà posta al processo di costruzione partecipata della salute coinvolgendo i principali stakeholders dei contesti in cui sono presenti le Case della Salute.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.1.1.1	Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute			

Descrizione	Rendicontazione
In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture nel rispetto dei tempi indicati nel censimento delle Case della Salute programmate inviato in RER con nota prot. n. 84845 del 19/11/15	La programmazione aziendale per l'anno 2017 si è completata con l'inaugurazione il 10/12/16 della Casa della Salute di Fontanellato nel Distretto di Fidenza; la Case della Salute attive nell'Azienda USL di Parma salgono quindi a 17 (oltre il 65% della programmazione aziendale che a regime prevede 26 Case della Salute su tutto il territorio provinciale) .

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli inidrizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. CdS attivate/N. CdS programmate	Relazione Distretti	% >=	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.1.2**	**Definizione dell'assetto organizzativo delle Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Adeguamento alle linee di indirizzo regionali per la definizione dell'assetto organizzativo nelle Case della Salute medie e grandi di prossima emanazione.	Il documento regionale è stato discusso nei diversi tavoli istituzionali, si aspetta la formalizzazione per dare avvio all'adeguamento dell'assetto organizzativo nelle Case della Salute medie e grandi. Il 05/12/16 è stata adottata dalla RER la DGR 2128/16 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo della comunità di professionisti e della medicina di iniziativa" , l'Azienda ha quinindi iniziato il processo di analisi, l'adeguamento al modello è previsto nel 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli inidrizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo	L'assetto organizzativo delle CdS in E-R - Linee di indirizzo regionali

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio processo	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**1.1.1.3**	**Promozione e sviluppo della integrazione professionale: percorso formativo integrato per il personale delle Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione di eventi formativi integrati (con particolare riferimento alle Case della Salute del Distretto di Parma) al fine di perseguire il necessario cambiamento culturale tra i Professionisti prioritariamente orientato al miglioramento del lavoro in team ed alla costruzione dei PDTA integrati ospedale/territorio	E' stata predisposta una bozza di percorso formativo finalizzato ad accompagnare lo sviluppo dei percorsi all'interno delle Case della Salute con particolare riferimento al contesto urbano del Distretto di Parma. Si tratta di un intervento di formazione-azione che prevede una forte coerenza e sinergia tra formatori-facilitatori e ruoli organizzativi e di commitment per il supporto e la contestualizzazione in quanto la formazione entra fortemente nell'accompagnamento applicativo nei contesti operativi.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza programma informativo	U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.1.4**	**Valutazione della Performance**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del “Cruscotto Multidimensionale” definito per la Casa della Salute di San Secondo ed estensione del processo di valutazione multidimensionale ad altri contesti di Case della Salute	Il 30/06/16 è stato presentato alla Direzione Aziendali, alle Direzioni Distrettuali e dei DCP il cruscotto multidimensionale, a suo tempo sperimentato sulla Casa della Salute di San Secondo, applicato anche ad altri contesti di Case della Salute nello specifico la Casa della salute di Langhirano, la Casa della Salute di Colorno e la Casa della Salute di Medesano. E' stato effettuato un processo di analisi e revisione degli indicatori anche rispetto ai contenuti della DGR 2128/16, ed i report (cruscotti dinamici) sono entrati in produzione.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza report aggiornati	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.1.5**	**Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Programmazione e gestione di incontri informativi con la cittadinanza (almeno 2 eventi a livello Distrettuale) nella Case della Salute sulle tematiche relative all'educazione sanitaria, corretto uso dei servizi, corretti stili di vita, promozione utilizzo FSE, definiti preliminarmente tramite il coinvolgimento dei principali stakeholders in integrazione con il Piano per l'Ascolto Aziendale	La realizzazione di incontri informativi con la cittadinanza si è confermata ed ampliata nel 1° semestre 2016 coinvolgendo tutti i Distretti con iniziative e argomenti nati dal confronto tra MMG, DCP e stakeholder dei territori per un totale di 21 eventi distribuiti lungo tutto l'arco del semestre. Di seguito una sintesi degli eventi: Distretto di Parma: "Le Case della Salute incontrano la città" 13 incontri (abuso e dipendenze, ansia e depressione, prevenzione cardiovascolare, diabete e complicanze, FSE, attività fisica e prevenzione cardiovascolare); Distretto di Fidenza: "I tè del giovedì" 12 incontri (Auser, disfunzioni tiroide, percorso riabilitazione estensiva, intolleranze alimentari, tutela diritti malato, centro per le famiglie); Distretto Sud-Est: 8 incontri (bullismo e nuove dipendenze, salute e stili di vita, dolore cronico e cure palliative, mal di schiena, mal di collo e artropatie infiammatorie, le malattie cardiovascolari nell'uomo e nella donna); Distretto Valli Taro e Ceno: 4 incontri (fragilità, ipertensione, FSE)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H2	Costruzione sociale e partecipata della Salute nelle Case della Salute e nei contesti di integrazione socio-sanitaria		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.1.6**	**Community Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Condivisione delle buone pratiche in essere nelle Case della Salute nell'ambito della comunità di pratica che coinvolge le Aziende USL di Parma, Reggio-Emilia e Modena, coordinato dal CERISMAS.	La positiva esperienza del 2015 che ha visto la realizzazione di tre incontri nelle diverse realtà aziendali, non ha avuto continuità per mancanza di adesione di una delle aziende partecipanti, pertanto son si sono mantenute le condizioni per proseguire nelle attività intraprese nel 2015, dando continuità all'interessante percorso condiviso.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli inidrizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività	U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	No	No		

Settore	1.1.2	Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento del fabbisogno assistenziale derivante dall'incremento sia della popolazione anziana che della incidenza di patologie croniche. Gli obiettivi del 2016 saranno indirizzati alla promozione del passaggio graduale ma progressivo dei NCP dalla aggregazione funzionale alla aggregazione strutturale, all'interno delle Case della Salute ed alla formalizzazione di soluzioni in grado di garantire la continuità dell'assistenza nelle sedi distrettuali più disagiate. Nel 2015 il percorso di sviluppo organizzativo delle cure primarie sarà orientato prioritariamente all'accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie ed al monitoraggio sistematico dell'evoluzione organizzativa e strutturale dei Nuclei attraverso la partecipazione all'Osservatorio Cure Primarie ed all'utilizzo sistematico dei Profili di Cura.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	1.1.2.1	Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio delle fasi operative per l'adeguamento ai nuovi criteri del sistema qualità dettati dalla Conferenza Stato-Regioni.	E' stata fatta la formazione e sono in fase di elaborazione i documenti di adeguamento ai requisiti generali dettati dalla Conferenza Stato-Regioni. Proseguono con regolarità gli incontri del Gruppo di coordinamento aziendale, a cui partecipano i rappresentanti dei 4 DCP con la supervisione dell'U.O "Qualità e Accreditamento", che stanno producendo i documenti di adeguamento ai requisiti generali.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze Documentali	U.O. Qualità/Acc.	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.1.2.2**	**Ampliamento della fascia oraria di accesso dei cittadini presso le sedi di NCP/Case della Salute per l'attività di medicina generale**			

Descrizione	Rendicontazione
Promozione dell'ampliamento della fascia oraria giornaliera diurna di accesso dei cittadini agli ambulatori della medicina generale, per problemi urgenti gestibili nell'ambito delle cure primarie, al fine di garantire l'apertura degli ambulatori fino a 12 H nelle Case della Salute	Le Case della Salute dove viene garantita l'estensione della fascia oraria di apertura degli ambulatori nelle 12 ore diurne sono 12 su 17, con un significativo incremento rispetto al 2015.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. CdS con H12/N. CdS attive	Quest. On Line	% >=	80,00%	90,00%	68,75%	71,00%	86,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.2.3**	**Valutazione qualità assistenza primaria**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo dei Profili di Cura sia dei NCP che delle Unità Pediatriche di Cure Primarie come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria attraverso la realizzazione di incontri audit su tematiche condivise con il coinvolgimento di tutti i professionisti (MMG, PLS, MCA, Professioni Sanitarie, Specialisti, Amministrativi, ecc.); almeno 1 incontro per NCP, UPCPD	In tutti i NCP ed in tutte le UPCPD dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti dei Profili di NCP e del Profilo Pediatrico Distrettuale. Gli incontri, a cui hanno partecipato tutti i professionisti dei NCP e delle UPCPD, sono stati organizzati in tutti i contesti Distrettuali-

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. audit/N. NCP -UPCPD	Relazione DCP	% >=	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	

Settore	1.1.3	Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La gestione delle malattie croniche è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, per questo motivo la sfida maggiore è rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito. In questa logica si inserisce lo sviluppo delle Case della Salute, contesto ottimale dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad un approccio proattivo della cronicità e ad uno sviluppo integrato delle professionalità. Obiettivo a cui tendere è la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**1.1.3.1**	**Costruzione PDTA**			

Descrizione	Rendicontazione
Riorganizzazione dei processi di cura attraverso la costruzione dei PDTA integrati con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, su mandato della Direzione Sanitaria, in collaborazione con l'U.O. Governo Clinico	Con nota protocollo n. 14045 del 29/01/16 (AUSL) e protocollo n. 7104 del 29/01/16 (AOU) sono stati formalizzati i gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie , da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, lavoreranno sui seguenti temi : 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione. I Gruppi hanno terminato i lavori e prodotto le proposte dei nuovi protocolli da formalizzare a livello di Direzioni Aziendali e condividere nelle articolazioni organizzative.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formalizzazione gruppi di lavoro	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.3.2**	**Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco, diabete, BPCO e IRC**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del percorso di gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco (applicazione della DGR 1598/11), del percorso di gestione integrata del diabete, sviluppo del percorso di gestione integrata della BPCO e della IRC e loro implementazione in tutte le Case della Salute	In tutte le Case della Salute medie e grandi è attivo almeno un percorso. (Il percorso di gestione integrata del diabete è attivo in tutte le case della salute medie e grandi; il percorso di gestione integrata dello scompenso cardiaco è attivo in 7 case della salute; il percorso di gestione integrata della BPCO è attivo presso 1 casa della salute; il percorso di gestione integrata della IRC non è ancora stato attivato in quanto lo specifico PDTA interaziendale è stato presentato l'11/06/16 . La specifica formazione si è svolta nei diversi Nuclei di Cure Primarie e l'avvio del percorso è previsto per il 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. percorsi attivati/N. CdS M e G attive	Relazione DCP	% >=	50,00%	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.3.3**	**Prevenzione cardiovascolare e promozione della salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione nel NCP "Molinetto" (Distretto di Parma - Casa della Salute "Pintor") dello screening attraverso la somministrazione della carta del rischio cardiovascolare su una popolazione target (uomini di 45 anni e donne di 55 anni) sulla base delle indicazioni definite nel protocollo operativo regionale ed estensione dello screening nelle ulteriori Case della Salute individuate dai DCP (Colorno, Medesano, Busseto, Langhirano)	Il progetto è proseguito, come da indicazioni regionali, attraverso l'individuazione dei soggetti a rischio (abitudine al fumo associata ad altro comportamento a rischio e/o carta del rischio con esito di alto o medio rischio) per un totale di 7 soggetti e la conseguente chiamata ad 1 anno dalla conclusione del progetto per valutare i progressi e rinforzare le scelte a suo tempo consigliate (100% richiamati). Si è conclusa la prima fase della chiamata attiva per le 4 CdS coinvolte (Medesano, Colorno, Busseto e Langhirano) con il raggiungimento del 100% delle chiamate attive e si proseguirà secondo gli indirizzi RER per tutto il 2017. I rappresentanti dell'Aziena partecipano con regolarità ai gruppi tecnici regionali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.3.4**	**Programma "Leggieri"**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del Programma con particolare riferimento alle CdS attive	Il Programma Leggieri è da anni avviato nei NCP (individuazione per ogni NCP dello Psichiatra di riferimento, del MMG di riferimento e del Neuropsichiatra di riferimento) ed è ben rappresentato in tutte le case della salute attive. La presa in carico prosegue secondo il modello dello stepped care e la attività viene puntualmente rendicontata nel questionario on-line relativo all'osservatorio delle cure primarie.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. casi in carico (Liv. 2a e 2b)	DAISM-DP	Numero >=		3.299,00		3.318,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.3.5**	**Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità**			
Descrizione			Rendicontazione		
Attivazione nelle Case della Salute degli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità			Gli ambulatori infermieristici sono attivi in tutte le case della salute, e si caratterizzano sia come attività prestazionale che come presa in carico della cronicità.		
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Riferimento Normativo	DGR 901/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. amb. inf. cronicità/N. CdS attive	Relazione DCP	%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.3.6**	**Percorsi di assistenza protesica**			
Descrizione			Rendicontazione		
Sviluppo e consolidamento dei percorsi per i pazienti in dimissione protetta dall'Ospedale con presa in carico ADI e per i pazienti nell'ambito di progetti di continuità assistenziale (percorso pazienti DGR 2068/04, frattura di femore nell'anziano e percorso del paziente con stroke)			I percorsi facilitati per la fornitura di ausili di assistenza protesica ai pazienti in dimissione ospedaliera con attivazione di ADI e per i pazienti che rientrano nei progetti di continuità assistenziale (gravi disabilità, frattura del femore nel paziente anziano, percorso stroke), sono presenti in tutte le realtà distrettuali		
Obiettivi Performance	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Riferimento Normativo	DGR 901/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza dei percorsi nei DCP	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.1.4	Cure Intermedie

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le mutazioni del contesto epidemiologico e sociale che si sono verificate in questi ultimi decenni, associate ad una sempre più pressante necessità di contenere i costi ricercando soluzioni di efficentamento dei sistemi di erogazione delle attività, hanno imposto un processo di ridefinizione della rete ospedaliera ed una forte accelerazione verso il consolidamento dei servizi di assistenza primaria territoriali, che rappresentano l'ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini. E' in questo scenario che trovano sviluppo le Cure Intermedie, costituite da 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. Obiettivo del 2016 sarà il consolidamento del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera attraverso l'offerta di assistenza territoriale di Cure Intermedie per pazienti stabilizzati ad alta necessità assistenziale, e la individuazione dei contesti idonei per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di una progettualità coerente con lo sviluppo delle Case della Salute.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**1.1.4.1**	**Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del funzionamento dei 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità dei 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva in regime di week hospital e dei 10 posti letto di Lungoassistenza ed implementazione del flusso informativo SIRCO	L'attività nei posti letto di cure intermedie presso la casa della Salute di San Secondo P.se prosegue regolarmente con la corretta alimentazione del fusso SIRCO; il Responsabile della Casa della Salute partecipa ai lavori del Gruppo Regionale sulla qualità del Sistema Informativo delle Cure Intermedie

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO	SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.4.2**	**Sviluppo posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del funzionamento dei 16 posti letto di lungo assistenza presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro	L'attività nei posti letto territoriali di lungoassistenza c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue pur nella complessità di dover in parte supportare la temporanea riduzione dei posti letto in Hospice per lavori di ristrutturazione; prosegue altresì la alimentazione del flusso SIRCO

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie		DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO	SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.4.3**	**Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo della rete dei posti letto dell'area delle cure intermedie anche presso strutture della rete socio-sanitaria a supporto delle dimissioni difficili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).	Prosegue l'attività presso i 6 posti letto di Ospedale di Comunità nella CRA "San Mauro Abate di Colorno" (Distretto di Parma). Anche nel Distretto Sud-Est si sta sviluppando la rete dei posti letto di Cure Intermedie, 4 posti sono stati attivati c/o la CRA di Collecchio (prossimamente altri 2), ulteriori posti letto saranno attivati c/o il Centro Cure Progressive di Langhirano 4 + 2 in un secondo tempo e 3 presso la CRA di Monchio delle Corti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.1.5	Le cure domiciliari

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La programmazione 2016 nel settore delle Cure Domiciliari sarà articolata su azioni di consolidamento e manutenzione sistematica delle attività iniziate negli anni precedenti e che hanno portato ad uniformare le modalità di registrazione delle prestazioni e dei servizi eseguiti con una loro qualificazione complessiva pur nel rispetto delle specificità territoriali. Particolare attenzione sarà posta al flusso informativo quale elemento di tracciabilità delle prestazioni e dei servizi erogati e come strumento di fornitura di indicatori di attività e di qualità distinti per articolazione territoriale e, ove presenti, di Casa della Salute. Nel corso del 2016, al fine di adeguare il debito informativo ex Circolare n.6 del 2015 e nell'ambito dell'ICT, si intende migliorare la circolarità delle informazioni nelle cure domiciliari tra il Team curante attraverso l'utilizzo di strumenti informatici innovativi ; a tal fine verrà implementatato il nuovo appilcativo ADI-WEB.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	1.1.5.1	Qualità assistenza			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione uniforme dei criteri di eleggibilità di accesso alle cure domiciliari.	Nei DCP prosegue la verifica dell'applicazione dei criteri di eligibilità per l'accesso alle cure domiciliari e per il corrente anno è stato affrontato il tema dell'appropriatezza dei prelievi e dell'apertura dei contratti ADI

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.5.2**	**Cartella Domiciliare Multidisciplinare**			

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione di un modello omogeneo di cartella domiciliare finalizzata alla rendicontazione dell'attività dell'equipe multidisciplinare domiciliare in modo integrato. Condivisione ed adozione in tutte le realtà distrettuali	E' stato adottato condeterminazione aziendale n. 26 del 12/05/16 il modello di cartella di assistenza domiciliare integrata recepito in tutte le realtà distrettuali
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Relazione DCP	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.5.3**	**Qualità Flusso ADI**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)	Il gruppo aziendale qualità del dato è stato aggiornato nei suoi componenti e sono stati effettuati due incontri in data 09/02/16 e 27/10/16. I principali temi affrontati sono stati la omogeneizzazione dei comportamenti, la codifica delle attività indirette e l'analisi del significativo numero di TAD aperte e chiuse nello stesso giorno, segnalato dalla RER come anomalia da correggere.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR DGR 901/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza incontri	Dip. Val. Controllo	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.5.4**	**Implementazione applicativo ADI-WEB**			

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione e avvio in tutti i distretti dell'utilizzo del nuovo software	Nel primo trimestre 2016 è stata avviata e conclusa la formazione a livello aziendale di tutti gli operatori che utilizzano il nuovo software adi-web. In data 15/03/16 è stata effettuata la migrazione dei dati da softwaew in uso a quello nuovo. Nel secondo semestre continueranno le opportune verifiche in merito alla qualità del flusso SIADI-Repetto ed in seguito verrà programmata la fase successiva che prevede l'utilizza del tablet al domicilio per la registrazione dei dati al letto del paziente

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.1.6	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di
specialistica ambulatoriale di prImo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità,
un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15)
La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).
Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: -Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obbiettivo ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità; -Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative; - Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013). -Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino. -Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica. -Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2. Assistenza Territoriale, pag 7 e 2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza pag. 8)

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.6.1**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Prevenzione primaria**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende USL dovranno proseguire nello sviluppo delle Case della Salute ed in particolare garantire l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il PianoRegionale della Prevenzione 2015-2018. Rispetto alla prevenzione primaria, e con riferimento al progetto regionale "Lettura integrata delrischio cardiovascolare" le Ausl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito diForlì), dovranno assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target nell'ambito delle Case della Salute già individuate.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza pag. 8)	Il progetto, avviato nella sua fase operativa (lettera invito agli assistiti) dal 15/03/16 su 4 CdS (una per Distretto) ha superato l'indicatore regionale prevista al 30/06/2016: la chiamata attiva è stata realizzata per il 61,6% degli assistiti coinvolti nel progetto. Al 31/12/2016 si è conclusa la prima fase della chiamata attiva per le 4 CdS coinvolte (Medesano, Colorno, Busseto e Langhirano) con il raggiungimento del 100% delle chiamate attive; si proseguirà secondo gli indirizzi RER per tutto il 2017. Le rendicontazioni sono state fatte puntualmente rispetto alle scadenze definite ed i rappresentanti dell'Azienda hanno partecipato con regolarità ai gruppi tecnici regionali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 (vedi Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.6.2**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Gestione integrata patologie croniche**			

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto alla gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Ausl dovranno garantire all'interno delle Case della Salute: l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio l'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).	In tutte le Case della Salute attive sono presenti gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità a supporto della gestione integrata delle patologie croniche. In tutte le Case della Salute è attivo il percorso per la gestione integrata del diabete di tipo 2, il percorso di gestione integrata dello scompenso cardiaco è attivo in 7 case della salute; il percorso di gestione integrata della BPCO è attivo presso 1 casa della salute. Il questionario ACIC è stato somministrato, in collaborazione con il Jefferson Medical College, nelle prime 6 Case della Salute attive a Parma dal 2011, attraverso un pilot test, e successivamente riproposto nelle ulteriori 6 Case della Salute attivate nel 2012. E' prevista la somministrazione del questionario PACIC in collaborazione con i Comitati Consuntivi Misti. Nel mese di dicembre presso la CdS di San Secondo è stata ripetuta la somministrazione del questionario ACIC relativo al percorso di gestione integrata del paziente con diabete, registrando una ottima partecipazione dei professionisti coinvolti.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza dell'attivazione degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie	Osservatorio Cure Primarie	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Attivazione di almeno un percorso nelle CSD medie e grandi, degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informatiìvo delle Cure Primarie	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
impiego degli strumenti PACIC e ACIC nelle Case della Salute	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.6.3**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Presa in carico della Fragilità**			

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto alla presa in carico della fragilità, e con riferimento al progetto regionale “Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione”: le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati;	Gli elenchi dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione da alcuni anni, grazie alla collaborazione con il Jefferson Medical College, sono uno strumento in uso ai MMG inseriti nelle Case della Salute e dal corrente anno saranno messi a disposizione di tutti i MMG dell'Azienda, indipendentemente dalla loro collocazione nelle Case della Salute, e sono previsti incontri di presentazione nei NCP non legati alle Case della Salute, che non erano ancora stati coinvolti nel progetto. Un Gruppo di lavoro interaziendale rispetto al "rischio di ospedalizzazione" sta mettendo a punto un progetto riguardante i soggetti con ricoveri ripetuti al fine di creare percorsi comunicativi/operativi tra ospedale e territorio finalizzati ad evitare, nei limiti del possibile, tale situazione.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano della Prevenzione 2015-2018	Piano della Prevenzione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.6.4**	**Ospedali di Comunità**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende US,L in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040\2015.	L'attività nei posti letto di cure intermedie presso la casa della Salute di San Secondo P.se prosegue regolarmente con la corretta alimentazione del fusso SIRCO; il Responsabile della Casa della Salute partecipa ai lavori del Gruppo Regionale sulla qualità del Sistema Informativo delle Cure Intermedie. L'attività nei posti letto territoriali di lungoassistenza c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue pur nella complessità di dover in parte supportare la temporanea riduzione dei posti letto ospedalieri e in Hospice per lavori di ristrutturazione nel corso del 2016; prosegue altresì l'alimentazione del flusso SIRCO. La degenza media nel corso dell'anno 2016 dell'Os.Co di San Secondio P.se è stata pari a 22,3 giorni. Per la lungoassistenza di Borgo Val di Taro si evidenzia una degenza media di 23 giorni, valore probabilmente influenzato dalle problematiche sopra evidenziate. Nell'Azienda USL di Parma lo sviluppo delle cure intermedie prevede anche l'attivazione di posti letto nelle strutture residenziali socio-sanitarie (CRA).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Degenza media in Ospedale di Comunità di Borgo Val di Taro espressa in giorni(media regionale 20.48)	specifico flusso di riferimento SIRCO	Euro <=		20,00		23,00		
Degenza media in Ospedale di Comunità di S.Secondo Parmense espressa in giorni(media regionale 20.48)	specifico flusso di riferimento SIRCO	Numero <=		20,00		22,30		
Corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO (N° di schede scartate sul totale delle schede inviate)	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.1.6.5**	**Continuità assistenziale – dimissioni protette**			

Descrizione	Rendicontazione
Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di nstabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con iprofessionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.	Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e sono stati formalizzati tre gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie , da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, hanno lavorato sui seguenti temi: 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione . I Gruppi hanno terminato i lavori ed hanno prodotto le proposte dei nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia per i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani. La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma). Nell'anno 2016 buone performances sono state espresse da Fidenza e Borgo Val di TAro.Nel contempo si sta lavorando per il raggiungimento della completa integrazione tra AOU e AUSL.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		37,30		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.6.6**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili di NCP**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL. I profili dei NCP rappresentano uno strumento che deve progressivamente diventare, in tutte le Aziende, non solo modalità comune e condivisa di confronto e crescita professionale, ma anche strumento per supportare la gestione delle patologie croniche	In tutti i NCP dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti dei Profili di NCP. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti dei NCP, sono stati organizzati dopo che la RER ha messo a disposizione i dati aggiornati a settembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali	Quest. On Line	% >=		10,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.6.7**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili dei Pediatri di libera scelta**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL. Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati	In tutte le UPCPD dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti del Profilo Pediatrico Distrettuale. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti delle UPCPD, saranno organizzati dopo che la RER avrà messo a disposizione di dati aggiornati (in previsione a settembre).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
progettazione di percorsi di miglioramento	Atti Dir. San.	Numero >=		1,00		1,00		
organizzazione di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda (solo per le Aziende che non lo hanno fatto nel 2015)	Atti Dir. San.	Numero =		1,00		1,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.6.8**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Osservatorio Cure Primarie**			

Descrizione	Rendicontazione
L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure. Dal 2016, l'Osservatorio è significativamente più semplice per la parte relativa ai NCP, mentre è stato integrato con numerose informazioni relative alle Case della Salute Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti sia relativamente all'attività dei NCP che alla organizzazione delle Case della Salute.	L'Azienda USL di Parma ha sempre contribuito alla corretta compilazione dei dati richiesti e partecipato attivamente ai tavoli regionali di condivisione della metodologia della raccolta dei dati. E' stata completata la raccolta dei dati 2016 sia per quanto riguarda l'attività dei NCP che l'organizzazione delle Case della Salute; è stato effettuato un incontro in loco con i Referenti Regionali il 05/10/2016

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
compilazione dati sull'attività dei NCP e dati su organizzazione delle Case della Salute.	Quest. on line	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	1.2	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Settore	1.2.1	Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le politiche regionali in tema di governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale, che si sono susseguite in questi ultimi anni ed in particolare la DGR 1735/14, pongono l'enfasi sullo sviluppo di politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche, attraverso programmi per il potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali che, nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, determinino un aumento della produzione ed un avvicinamento del paziente al sistema di cura e di assistenza Gli obiettivi per il 2016 sono impostati in modo da perseguire i contenuti della nuova DGR 1056/2015 che ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2016. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.2.1.1**	**Governo tempi di attesa**			

Descrizione	Rendicontazione
Adempimenti rispetto alla DGR 1056/2015 per il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard previsti: puntuale presidio dei Distretti sulle disponibilità delle agende a prenotazione verifica della direzione rispetto alla congruità delle prenotazion ieffettuate	Il monitoraggio dell'offerta e la verifia degli indici di performance è stato puntale e continuativo. E' stata presidiata l'offerta finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard da parte dei distretti. Il Responsabile Unitario dell'Accesso verifica puntualmente il volume di prenotazioni effettuate e segnala le situazioni non conformi o prossime alla saturazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici In relazione alle oscillazioni della domanda risulta più difficile calibrare l'offerta delle urgenze differibili.

Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per prestazioni programmabili	portale maps	% >=	90,00%	90,00%	90,00%	96,00%	100,00%	
Indice di performance per urgenze differibili	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	65,00%	65,00%	72,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.2.1.2**	**Miglioramento appropriatezza prescrittiva**			

Descrizione	Rendicontazione
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso la implementazione di un motore semantico per un'analisi informatizzata, con particolare riferimento alle prestazioni di TAC ed RM muscolo scheletriche (DGR 704/13) da estendere poi ad altre prestazioni condivise in AVEN	E' stato utilizzato il motore semantico per valutare l'apprpriatezza prescrittiva delle prestazioni inserite nella dgr 704/13. il valore di appropriatezza riscontrato su base aziendale è del 43,34%. Il dato inerente alla appropriatezza prescrittiva delle prestazioni previste nella dgr 704 nel corso del 2016 è migliorato e si colloca al 59,5 su base aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H5	Sviluppo di sistemi di BI (Business Intelligence) a supporto della promozione dell'appropriatezza prescrittiva		DGR 1056/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Audit nei NCP (audit realizzati / NCP per distretto)	Relazione DCP	% >=		100,00%	43,34%	59,50%		
Evidenza di produzione della reportistica	RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.2.1.3**	**Presa in carico del paziente: prescrizione specialistica**			

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizione delle prestazioni da parte dello specialista senza il rinvio al MMG	In applicazione della DGR 1056/2015 sono stati effettuati incontri con i referenti distrettuali finalizzati alla messa in atto di attività di presa in carico complessiva degli utenti da parte delle strutture eroganti le prestazioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)		DGR 172/15 DGR 1056/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. ricette dema specialistiche	CUP 2000	Numero >=		10.000,00	105.790,00	141.000,00		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.2.1.4**	**Presa in carico del paziente: refertazione informatizzata specialistica**			

Descrizione	Rendicontazione
Refertazione informatizzata da parte dello specialista con validazione in SOLE, per la successiva trasmissione al MMG	E' stata effettuata una analisi dei referti prodotti informaticamente e validati per l'invio in sole. La media aziendale è del 77%. Il trend è in incremento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)		DGR 172/15 DGR 1056/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero referti informatizzati validati in SOLE/Totale visite prenotate a CUP	RIT	% >=		75,00%	77,00%	83,40%		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.2.1.5**	**Presa in carico del paziente: prenotazione controlli**			

Descrizione	Rendicontazione
Prenotazione dei controlli da parte della struttura che ha in carico il cittadino	sono stati coinvolti i DCP, ciascun DCP ha effettuato incontri di coinvolgimento con il personale infermieristico e degli specialisti ambulatoriali. Tutti i distretti hanno individuato soluzioni organizzative finalizzate alla presa in carico del cittadino sia per i controlli che nei percorsi dedicati alle patologie croniche, individuando punti di riprenotazione all'interno delle Case della Salute

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)		DGR 172/15 DGR 1056/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza prenotazione controlli c/o Amb	Relazione DCP	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.2.1.6**	**Percorsi per la cronicità nelle Case della Salute**			
Descrizione			Rendicontazione		
Sviluppo e consolidamento di percorsi dedicati alle patologie croniche nelle Case della Salute			I DCP stanno consolidando i percorsi già attivi dedicati alle patologie croniche (diabete) ed implementando i percorsi dedicati ai pazienti con scompenso cardiaco		
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. case salute con percorso attivo per distretto (diabete)	relazione DCP	% >=		100,00%		100,00%		
n. case salute con percorso attivo per distretto (scompenso)	relazione DCP	% >=		100,00%		47,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.1.7**	**MIGLIORMENTO DELL'ACCESSIBILITA' AL SISTEMA DI PRENOTAZIONE**			
Descrizione			Rendicontazione		
Inserimento di tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB			tutte le prestazioni a monitoraggio sono state inserite nella prenotabilità web.		
Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza prenotabilità di tutte le prestazioni a monitoraggio regionale	CUP-WEB	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.1.8**	**Procedura recupero Ticket ex DGR 1056/2015**			

Descrizione	Rendicontazione
mettere in atto gli aspetti organizzativi / amministrativi che consentono di adempiere ai dettami della bozza di delibera regionale relativa al recupero ticket nei casi di mancata disdetta che come annunciato sarà operativa dal 1 marzo.	E' stata predisposta una procedura operativa da parte della Direzione Amministrativa.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale.	atti di Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.2.2	Sportello Unico Distrettuale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Per facilitare l'accesso alle prestazioni, in applicazione della DGR 309/00, l'Azienda ha dato continuità alle azioni di miglioramento dei percorsi interni dello sportello unico distrettuale che ormai ha raggiunto una sua stabilizzazione operativa. La nuova DGR 1056/2015 ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2016. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**1.2.2.1**	**Creazione di un nuovo portale internet**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento e messa on-line di un sito internet, esteso all'Area Vesta Emilia Nord, dedicato alle informazioni relative all'accesso ai servizi di Sportello Unico per i cittadini ed alle relative procedura per gli Operatori.	Il sito internet dedicato alle informazioni relative all'accesso ai servizi di Sportello Unico è stato messo online in una versione di test per i referenti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.2.2.2**	**Fascicolo Sanitario Elettronico**			

Descrizione	Rendicontazione
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini ed aumento dei punti di attivazione	L'attività di promozione all'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico è proseguita regolarmente raggiungendo,nel corso del 2016, una stabilità per quanto riguarda il numero dei punti di attivazione in tutta la Provincia di Parma. Nel medesimo periodo sono stati attivati 13451 nuovi FSE.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica		DGR mandato DG

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. FSE attivi	specifico flusso di riferimento	Numero >=		6.000,00	7.289,00	13.451,00		
N. nuovi punti distrettuali di attivazione FSE	Atti Dir. San.	Numero >=		5,00	10,00	10,00		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.2.2.3**	**BANCA DATI NORMATIVE DI SPORTELLO UNICO**			

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali	Utilizzando l'apposito programma informatico, sono state create diverse cartelle per ogni argomento oggetto dell'attività di Sportello Unico. Ogni cartella è stata implementata, e costantemente aggiornata, con la normativa nazionale, regionale, le note aziendali e l'eventuale modulistica di riferimento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Creazione e sviluppo banca dati normativa	programma software "al fresco"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.2.3	**DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di
specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità,
un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15). La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.1**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**			

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15) La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016). Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obbiettivo ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità	Il monitoraggio dell'offerta e la verifia degli indici di performance è stato puntale e continuativo.E' stato effettuato nel corso del 2016 un costante presidio dell'offerta finalizzato al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard da parte dei distretti. Il Responsabile Unitario dell'Accesso ha verificato puntualmente i volumi di prenotazioni effettuate segnalando a ciascuno degli erogatori le situazioni non conformi o prossime alla saturazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici. Sono stati perfezionati gli strumenti informatici adeguandoli ai contenuti previsti nel disciplinare MAPS 2. Sono state inserite nuove funzionalità nel contesto degli stumenti informatici disponibili funzionali alla comunicazione ai soggetti erogatori delle disponibilità rilevate fuori soglia. Sono stati condivisi con gli uffici risorse strumenti di previsione delle disponibilità non congrue alla domanda nelle singole agende.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per le prestazioni di urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	65,00%	65,00%		
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	90,00%	96,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.2**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - monitoraggio DGR377/2016**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Sono state diffuse a tute le articolazioni aziendali delle indicazioni contenute nella dgr 377/16 e nelle successive circolari applicative. Sono state regolate le modalità di inserimento all'interno del sistema cup della mancata presentazione di un utente ad un appuntamento, sono state esplicitate le motivazioni da utilizzare nel sistema cup provinciale quando si rende necessario cancellare/ spostare appuntamenti. E' stata emanata una procedura amministrativa.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di disdette (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		0,00		166.461,00		
numero di abbandoni (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		75.449,00		56.468,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.2.3.3**	**Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa**			

Descrizione	Rendicontazione
Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013)	Prosegue la verifica dell'appropriatezza prescrittiva (TAC ed RM ex 704) dei MMG attraverso l'utilizzo del motore semantico e l'analisi della reportistica prodotta. La verifica ha tenuto conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER. Il dato inerente alla appropriatezza prescrittiva delle prestazioni previste nella DGR 704 nel corso del 2016 è migliorato e si colloca al 59,5 su base aziendale. Le prescrizioni dei medici specialisti popolano il motore semantico dal 2017 pertanto il valore di riduzione della prescrizione delle prestazioni oggetto della DGR 704 è da riferirsi alle sole prescrizioni dei MMG. L'obiettivo inerente il contenimento degli indici di consumo relativi a TC e RMN non ha raggiunto il valore atteso del 20%, pur trattandosi di un risultato da considerarsi significativo che conferma un trend in costante diminuzione, con particolare riferimento alle RMN, dal 2012.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
riduzione Indice di consumo di RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento	% >=		-20,00%		-13,00%		
Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		59,50%		
Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016(rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		22,00%		
riduzione Indice di consumo di TC nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento	% >=		-20,00%		-15,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.4**	**Prescrizioni e Prenotazione controlli**			

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.	Sono stari fatti numerosi incontri al fine di consolidare l'attività di riprenotazione interna delle prestazioni prescritte dagli specialisti e sono stati predisposti meccanismi di partizione dell'offerta che consentono alle case della salute una visibilità privilegiata delle prestazioni di controllo in modo da poter garantire la prenotazione ai pazienti cronici (code presidio). Le prescrizioni dei Medici Specialisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma presentano, dopo una prima fase di avvio del sistema della prescrizione dematerializzata un progressivo incremento nel corso dell'anno 2015 ad oggi.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA) (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		105.790,00		141.000,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.5**	**Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.	Sono stati effettuati incontri con gli uffici risorse distrettuali per poter definire una modalità univoca di strutturazione delle agende. Tale modalità prevede di individuare code specifiche riservate ai controlli e posti prenotabili solo da utenti pre-definiti (code D o code presidio) riservati ai pazienti inseriti in percorsi di presa in carico delle patologie croniche avviate a far tempo da luglio 2016. Per quanto attiene la valorizzazione delle prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche, è stato utilizzato un metodo empirico che riconosce come fonte dei dati, da noi utilizzati, il cup, in quanto consente la tracciabilità del presidio in cui la prenotazione è avvenuta. Per gli anni 2016 e 2015 si è proceduto al calcolo della percentuale di appuntamenti riferibili a pazienti cronici prenotati entro le case della salute rispetto al totale degli appuntamenti riferibili agli stessi pazienti cronici ovunque prenotati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=				38,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.6**	**Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015)	In attesa della formalizzazione dei nuovi LEA la verifica ha tenuto conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER. Per quanto attiene il monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) è stata prevista l'aggiunta della condizione di erogabilità o di appropriatezza in uno specifico campo, tale inserimento rende possibile ex post la rendicontazione distinta delle prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle che vedono inserita una condizione di erogabilità.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità	RIT	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	1.3	SALUTE DONNA

Settore	1.3.1	Azioni di consolidamento ed integrazione
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Si rilancia con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie e si definiscono gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi indicati dalle DGR 533/2008 e 1690/2008		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	1.3.1.1	Percorso Nascita			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento della azioni relative all' applicazione della DGR n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita". Utilizzo percorso DSA2 Gravidanza Fisiologica in tutti i distretti da parte dell'ostetrica.			Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive dell'AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, come da DGR 1097/2011. In tutti i distretti dell'AUSL, viene utilizzato il percorso "DSA2 Gravidanza fisiologica" da parte dell'ostetrica.		
Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo	DGR 533/08 DGR 1097/2011	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gravide in carico ost/gravide in carico Consultori	Dati attività salute donna	% >=	50,00%	50,00%	59,00%		100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.3.1.2**	**Percorso Nascita - Diagnosi Prenatale**			
Descrizione			Rendicontazione		
Offerta attiva a tutte le gravide in carico ai Consultori Familiari di Diagnosi Prenatale precoce, delle principali anomalie cromosomiche			A tutte le gravide che si rivolgono ai Consultori Familiari viene offerta la procedura per la Diagnosi Prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche		
Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gravide che ricevono la proposta per Translucenza Nucale (TN)/nati	Dati attività salute Donna	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.3.1.3**	**Percorso Nascita - Disturbi emozionali in gravidanza**			
Descrizione			Rendicontazione		
Assistenza alle donne in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino per disturbi emozionali			Ben consolidata l'assistenza alle donne che presentano disturbi emozionali in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino		
Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.gravide con disturbi emozionali/n. gravidanze in carico	Dati attività Salute Donna	% <=	1,00%	1,00%	2,50%	4,45%	0,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.3.1.4**	**Percorso Nascita - Accompagnamento alla nascita**			

Descrizione	Rendicontazione
Corsi di accompagnamento alla nascita Presentazione del Percorso Nascita	Vengono regolarmente effettuati corsi di accompagnamento alla nascita ed incontri di presentazione del "Percorso Nascita" rivolto alle mamme e ai papà

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Presentazioni percorso nascita	Dati attività Salute Donna	Numero >=	5,00	9,00	6,00	11,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.3.1.5**	**Percorso Nascita: nuove procedure**			

Descrizione	Rendicontazione
Percorso per “Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica” (iniziato a giugno 2015) per le gravide seguite in Provincia di Parma.	Si è consolidato il percorso per "Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" iniziato nel giugno 2015 per le gravide seguite a Parma città e Provincia

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.gravide sottoposte a immunoprofilassi/gravide seguite consultorio	Dati attività Salute Donna	% >=	5,00%	10,00%	6,00%	6,90%	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.3.1.6**	**Percorso Nascita: Nuova Cartella Regionale della Gravidanza**			
Descrizione			Rendicontazione		
Utilizzo nuova Cartella Regionale della Gravidanza per tutte le gravide della nostra provincia.			Si conferma l'utilizzo e la distribuzione della nuova Cartella della Gravidanza per tutte le gravide di Parma Città e Provincia		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Cartelle distribuite/n. gravide seguite in consultorio	Dati attività salute donna	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.1.7**	**Percorso Nascita: "ABOM"**			
Descrizione			Rendicontazione		
Avvio percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) in cui l'assistenza clinica della gravida è affidata all'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione (Aree Grigie)			Si è avviato il percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) da parte dell'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione		
Obiettivi Performance	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale avvio procedura	Atto Direzione Sanitaria	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.3.1.8**	**Dimissione Appropriata della madre e del neonato**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione protocollo “Dimissione appropriata della madre e del neonato” con specificità per ogni territorio.	Ben consolidata l'applicazione del protocollo della "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" in tutta l'AUSL con specificità per ogni territorio

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. puerpere assistite/n. nati	Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		88,30%	0,00%	

Settore	1.3.2	Azioni di integrazione

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2016 si prevede di dare continuità a specifiche aree di integrazione	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**1.3.2.1**	**Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento “Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza”. Il servizio, operativo presso il Consultorio Familiare -Casa della Salute Parma Centro, è finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere e intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.	Si conferma l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla Violenza" che, partito nel 2015, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al Centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere e intrafamiliare. Dall'apertura ad oggi, 10 sono i pazienti in carico al LDV: 3 del 2015 e 7 del 2016

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti in carico LDV	Dati attività salute donna	Numero >=	3,00	4,00	10,00	14,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.3.2.2**	**Integrazione nei DCP, DSM, SIP - PERCORSO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE PR CENTRO**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosegue presso il Consultorio della Casa della Salute Parma Centro il prercorso assistenziale avviato ad ottobre 2014, dedicato a pazienti ginecologiche (target specifici ed in fasce temporalil definite nella settimana) che afferiscono agli ambulatori del gruppo Dedalo.	E' attivo un percorso assistenziale per pazienti ginecologiche che si rivolgono agli ambulatori medici del Gruppo Dedalo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti trattati e seguiti contestualmente di MMG	Dati attività salute donna	Numero >=	7,00	10,00	2,00	3,00	29,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.3**	**Integrazione nei DCP, DSM, SIP - PERCORSO CONDIVISO CON U.O. DIABETOLOGIA**			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio percorso condiviso con U.O. di Diabetologia nel Distretto di Parma su target specifici ed in fasce temporali definite nella settimana, per donne diabetiche con richiesta di contraccezione	Si è avviato un percorso condiviso con la Diabetologia del Distretto di Parma per pazienti diabetiche con richiesta di contraccezione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti trattati e seguiti da U.O. Diabetologia	Dati attività salute donna	Numero >=	3,00	6,00	5,00	10,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.3.2.4**	**Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento gestione integrata territorio-ospedale inerenti i percorsi della gravidanza in base al livello di rischio (ambulatori gravidanza a rischio)	Continua la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria inerente ai percorsi della gravidanza in base al livello di rischio
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR N. 1377/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Protocollo clinico condiviso	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.3.2.5**	**Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio**			

Descrizione	Rendicontazione
Percorso per la presa in carico all'Ambulatorio gravidanza a termine" ad alto rischio e basso rischio nel rispetto della DGR 1377/2013	Si conferma il percorso per la presa in carico all'Ambulatorio "Gravidanza a termine" ad alto e basso rischio in collaborazione con l'AOSP-Universitaria di Parma
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: 1377/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gravide prese in carico/gravide consultorio	Dati attività salute donna	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	90,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.6**	**Integrazione con i Servizi Sociali**			

Descrizione	Rendicontazione
Collaborazione con il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità Collaborazione per il progetto “Oltre la strada” per la tutela delle vittime di sfruttamento	Si è consolidata la collaborazione con il Centro per le Famiglie del comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità. Si conferma la collaborazione per il progetto "Oltre la Strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	DGR 1690/2008 Art. 18 legge 28/2003 Art. 18 D.L. 286/98 DGR 771/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. incontri con i genitori	dati attività salute donna	Numero =	3,00	6,00	3,00	11,00	100,00%	
Evidenza attività	Relazione salute donna	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.3.2.7**	**PRODUZIONE**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta,alle donne straniere e alle fasce deboli" realizzato nell'ambito del progetto Nazionale dell'ISS di prevenzione delle IVG sulla popolazione immigrata a cui la RER ha aderito. Sono stati somministrati in forma gratuita, contraccettivi "long action" per un periodo di prova (anno 2015) presso i servizi consultoriali del Distretto di Parma,in modo particolare Spazio immigrati e Spazio Giovani. A partire dal 2016 si prevede di estendere tale erogazione anche ai Distretti di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.	Si conferma il "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta, alle donne straniere e fasce deboli" avviato nel 2015. Nel corso del 2016 è stato esteso anche ai Distretti di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari		DGR 1394/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. contraccettivi somministrati nei consultori del Distretto di Parma	Dati depositati Salute Donna	Numero >=	15,00	30,00	19,00	49,00	100,00%	
N. contraccettivi somministrati nei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Borgotaro	Dati depositati Salute Donna	Numero >=	15,00	30,00	22,00	20,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.8**	**Fascicolo Sanitario Elettronico**			

Descrizione	Rendicontazione
Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori afferenti alla U.O. Salute Donna	Si conferma l'attivazione del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori Familiari e alla Casa della Salute Parma Centro.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica		DGR mandato DG

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.FSE attivati	CUP 2000	Numero >=	35,00	60,00	38,00	108,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.9**	**Informatizzazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche. Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti	Sono stati utilizzati gli strumenti messi a disposizione e si prevede un miglioramento dei dati relativi alla informatizzazione della refertazione ecografica per la diffusione del sistema di refertazione in più sedi.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		DGR 930/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. ricette dematerializzate	RIT	Numero >=	1.700,00	3.000,00	1.884,00	4.993,00	100,00%	
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate	RIT	% >=	50,00%	70,00%	34,60%	42,30%	69,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.10**	**Qualità dei Flussi informativi ASA e SICO**			

Descrizione	Rendicontazione
. ASA:Applicazione della procedura aziendale per la correzione degli errori . SICO: assicurare azioni organizzative necessarie al caricamento dei dati ai fini di una produzione del flusso SICO di adeguata qualità, in applicazione ai percorsi informatizzati definiti con il RIT.	E' stata assicurato il corretto caricamento dati sia per quanto riguarda il flusso ASA che SICO in collaborazione con il RIT

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica		Circolare N.9 del 28\11\2008

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completezza dei dati con margine di tolleranza del 1%	RIT	% >=	60,00%	80,00%	60,00%	80,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.3.2.11**	**Accreditamento**			
Descrizione			Rendicontazione		
Avvio di procedure e protocolli finalizzati a garantire aderenza ai criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie.			Si conferma il "Percorso per Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" per le gravide seguite in Provincia di Parma		
Obiettivi Performance	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Riferimento Normativo	DGR 172/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale in almeno tre procedure rientranti nella metodologia dell'accreditamento	Relazione Salute Donna	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**1.3.2.12**	**Formazione**			
Descrizione			Rendicontazione		
Programmazione e realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei Consultori aziendali al fine di perseguire gli obiettivi specifici,in particolare la costruzione dei percorsi, , attraverso la promozione e lo sviluppo delle competenze e della integrazione professionale.			La programmazione e realizzazione di eventi formativi ha rappresentato un obiettivo primario dei servizi consultoriali sia in ambito interno che integrato con altri servizi .		
Obiettivi Performance	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza eventi formativi	Atti U.O. Formazione	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.3.3	Spazio Giovani

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Per lo Spazio Giovani si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza e al sostegno. Prevenzione comportamenti a rischio negli adolescenti.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.3.3.1	Punto di Accoglienza			

Descrizione	Rendicontazione
Supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali	Si conferma l'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali; il punto di accoglienza dello spazio giovani è attivo e l'orario di apertura è articolato su 5 giorni alla settimana.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. utenti presi in carico	Dati attività Salute Donna	Numero >=	40,00	90,00	122,00	156,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.3.3.2	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi presso alcune scuole superiori di I° e II° grado per prevenzione di comportamenti sessuali a rischio in riferimento delle Linee Guida regionali del "Progetto Adolescenza"	Si è confermata l'attività di educazione alla salute nelle scuole per prevenire comportamenti a rischio con la modalità della Peer Education

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari		DGR 771/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi	Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00	5,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.3.3.3**	**Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico**			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.	Si sono svolti incontri presso Centri di Aggregazione giovanili per la prevenzione dei comportamenti a rischio nell'adolescente in collaborazione con il Comune di Parma

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi	Relazione Salute Donna	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	1.3.4	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub & spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete. Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.3.4.1**	**Percorso nascita**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)	E' stata garantita l'assistenza alle gravide e alle puerpere da parte delle ostetriche per gravidanze fisiologiche; ove presenti patologie si sono attivati percorsi integrati. I professionisti coinvolti hanno partecipato attivamente ai percorsi di formazione regionale e ai lavori di gruppo della commissione nascita; particolare attenzione è stata posta nella promozione di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare (media regionale 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		62,00%		
% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare (media regionale 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		22,50%		38,70%		
Numero gravide assistite dai consultori familiari/ totale parti	specifico flusso di riferimento	% >=		46,00%		52,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.3.4.2**	**Salute riproduttiva**			

Descrizione	Rendicontazione
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).	Sono state messe in atto modalità per favorire l'accesso al consultorio familiare per adolescenti fino a 20 anni in particolare per i ragazzi stranieri. Il sito WEB, espressamente realizzato per questo target di utenza, è stato costantemente aggiornato ed adeguato alle finalità prefissate.Sono state programmate e svolte visite presso istituti scolastici con studenti ed operatori, sono state svolte campagne informative attraverso vari canali mediatici, è stato organzzato l'annuale meeting per i giovani. Va segnalato, comunque, come il minimo differenziale negativo riscontrato ad anno concluso rispetto al 2015, rientra in una fisiologica variabilità di risposta, tipica di questa giovane fascia di età, alle attrattive dei servizi offerti. E' in fase progettuale uno spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti (20-35 anni) e la creazione di un'applicazione per dispositivi mobili dedicato alla tematica in oggetto.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale incrementale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto al 2015	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	-8,40%	-8,60%		
Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti	Relazione Salute Donna	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.3.4.3**	**Promozione della salute in adolescenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2015.	E' stata data la disponibilità in modo attivo da parte degli operatori dell'AUSL per gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti attraverso incontri con gli insegnanti e contatti diretti con le scuole, ma purtroppo molte classi non hanno potuto partecipare per criticità interne all'istituto (difficoltà organizzative, errori nelle richieste...ecc.) . ciò ha deteminato un deceremento della percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità pari a -11,30% rispetto al 2015.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale incrementale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) rispetto al 2015	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	0,00%	-0,70%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.3.4.4**	**Percorso IVG**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2016 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.	I consultori familiari hanno garantito la prestazione con le modalità previste dal percorso IVG, rispettando i tempi di attesa, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	28,00%	27,70%		

Sub-Area	1.4	SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Settore	1.4.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le azioni del 2016 per le Aree della Psichiatria Adulti (PA) Neuropsichiatria e Infanzia e Adolescenza (NPIA) e Dipendenze Patologiche (DP) vedono come prioritarie l'accessibilità e i processi di integrazione intra ed interistituzionale. Il DAI SMDP ha pienamente realizzato la riorganizzazione prevista dalla delibera ASUL 703/13; percorsi di collaborazione formalizzati sono in atto con la NPIA dell' Azienda Ospedaliero Universitaria. Obiettivo strategico per tutte le aree del DAI SM-DP per il 2016 è l'applicazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla salute mentale nelle Case della Salute, al Budget di Salute e alla integrazione socio-sanitaria, ai percorsi di superamento degli OPG in un'ottica di costante coinvolgimento e partecipazione dell'utenza, delle famiglie e del contesto sociale. Nella qualificazione della rete residenziale e dei servizi un ruolo centrale viene assunto dall'affidamento d'essi in forma di procedura aperta finalizzata alla successiva stipula di Accordi Quadro ex art. 59 del D.Lgs. 163/2006.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.4.1.1	Percorso organizzativo dipartimentale			

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2016 sarà data attuazione alla Delibera 920 del 29/12/2015 in ambito di Psicologia Clinica e verrà completato il percorso organizzativo con l'applicazione del nuovo Regolamento dipartimentale. Il Regolamento che sarà approvato nel 2016 conterrà gli adempimenti del Dipartimento in merito a quanto di propria competenza riguardo alla Psicologia Clinica.	Regolamento Dipartimentale realizzato e deliberato. Si e' pianificata l'attivita' di diffusionenel 2017

Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Regolamento del Dipartimento	atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.1.2**	**Percorsi Integrati Ospedale-Territorio**			

Descrizione	Rendicontazione
Revisione e riorganizzazione del sistema di Emergenza-Urgenza del DAI SMDP e relativi raccordi con l'NPIA. Revisione del programma DCA.	Il programma DCA e' stato pienamente revisionato, con integrazione delle attivita' della Clinica Psichiatrica. Realizzato il raccordo NPIA sull'Emergenza Urgenza

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano Organizzativo DCA	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		
Piano Organizzativo Emergenza-Urgenza	atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.1.3**	**La salute mentale nella Case della salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione delle attività di raccordo e di collaborazione, nelle diverse sedi distrettuali, con i Dipartimenti Cure Primarie ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Sviluppo del Programma "Leggieri" e delle attività di tutte le aree del DAI SMDP nelle Case della Salute.	Sono state realizzate le Equipe di accoglienza in diverse Case della Salute (S.Secondo e altre). Laddove non ancora provveduto, si e' intensificata l'attivita' di raccordo con le varie aree per la segnalazione dei casi complessi

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1(	Sviluppo di funzioni di accoglienza nelle Case della Salute in tema di salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione del Protocollo di intesa DAI SMDP / DCP con inserimento dei percorsi delle équipe di accoglienza.	atti DAI SMDP-DCP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.1.4**	**Qualità ed accreditamento / Comunicazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Redazione del Piano triennale per lo sviluppo della Qualità del DAI-SMDP, nel corrente anno si effettueranno azioni volte a: revisione dell'assetto organizzativo delle Funzioni Qualità del DAI SMDP, adeguamento ai requisiti previsti per le RTE, Revisione della Carta dei Servizi e del Sito	Si e' gia' effettuata un'ampia revisione dei contenuti presenti nel Sito Aziendale, inserendo i nuovi contenuti e verificando le informazioni esistenti. In fase di completamento la revisione della Carta dei servizi. Pienamente realizzato il piano triennale di sviluppo della Qualita'

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Carta dei Servizi	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		No		
Piano Triennale dello Sviluppo della Qualità	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.4.1.5**	**Formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Elaborare proposte formative attente alle esigenze di integrazione tra le aree disciplinari e le componenti multiprofessionali, in una logica di valorizzazione delle competenze individuali presenti e di attivazione di sinergie tra le stesse. Ulteriore sviluppo di attività formative con particolare riferimento al Budget di salute, ai percorsi giudiziari, alla qualità delle attività territoriali con particilare riferimento a infanzia, adolescenza e giovani.	E' stato redatto il piano formativo, come da obiettivo

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano formativo	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.1	**Area della Produzione Scientifica**
Obiettivo	**1.4.1.6**	**Innovazione, ricerca e collaborazioni**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento ed ulteriore sviluppo di programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca con particolare riferimento alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento precoce delle psicosi. Completamento della ricerca effettuata in collaborazione con la Facoltà di Psicologia nell'ambito della valutazione degli esiti degli interventi psicologici nella Casa della Salute e relativo report finale.	Prosegue l'adesione alle linee guida per il trattamento dei pazienti con esordio psicotico, con ottimi risultati in termini di mantenimento in cura . Completata la ricerca in collaborazione con la Facolta' di Psicologia (e relativa pubblicazione dei dati)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione conclusiva della ricerca	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.4.1.7**	**Governo Clinico**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del documento sul governo clinico del DAI-SMDP 2015-17. Consolidamento ed ulteriore sviluppo di programmi specifici in materia di appropriatezza prescrittiva tramite diffusione di linee guida, monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci e iniziative specifiche di formazione in collegamento con i DCP. Realizzazione di un audit (Appropriatezza prescrittiva di antipsicotici depot di 2° generazione) in collaborazione con il Dipartimento Assistenza Farmaceutica.	Sono proseguite le attività di monitoraggio dei pazienti con disturbo dismetabolico. La spesa dell'uso dei farmaci depot di 2a generazione si è ridotta in modo significativo passando da circa 5700 fiale erogate nel 2015 a 4800 circa erogate durante l'anno. Sono state verificate in cartella clinica tutte le documentazioni sulla corretta appropriatezza prescrittiva.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	
	E4	Contenimento spesa farmaceutica	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
appropriatezza prescrittiva degli antpsicotici depot di 2a generazione con riferimento al monitoraggio della sindrome metabolica: pz in terapia con sindrome monitorata/pz in terapia	Report di audit in atti DAISMDP	% >=		70,00%		86,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.1.8**	**Integrazione socio-sanitaria.**			

Descrizione	Rendicontazione
Armonizzazione dei diversi strumenti alla metodologia Budget di Salute ed effettuazione della ricerca sugli esiti Garantire la valutazione multidisciplinare attraverso la partecipazione alle Commissioni UVM distrettuali, contribuendo alla identificazione e standardizzazione di strumenti di valutazione.	E' in essere una ricerca, che prevede la collaborazione di una Psicologa, sulla valutazione dei percorsi e sugli esiti dei progetti BdS attivi e dei progetti BdS attivati per pazienti con Esordio Psicotico. Il dato relativo all'indicatore sotto riportato non è rilevabile in quanto le linee di indirizzo regionali sul budget di salute ne hanno ampliato gli ambiti di applicazione, non trovando una adeguata interfaccia con le UVM

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report Valutazione degli Esiti dei Progetti Individuali di Budget di Salute: pz con budget di salute con valutazione positiva/pz con budget di salute	Report Annuale	% >=		80,00%				

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.1.9**	**Sistema informativo**			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio del processo di interfaccia tra gli appliocativi aziendali e i programmi Dipartimentali (Efeso, Elea e Sister) Collegamento delle funzioni del sistema informativo salute mentale alle attività del Dipartimento valutazione e controllo.	Dopo la fase di test e le ultime indicazioni da parte del referente del Sistema informativo, il collegamento con gli strumenti dela Dipartimento di valutazione e controllo e' stato ultimato. Lo stesso referente e' membro del gruppo ristretto Regionale per la realizzazione dell'Applicativo unico Regionale in ambito DAISDP

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Sistema Informatico	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.1.10**	**Percorsi giudiziari**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento della REMS di Casale di Mezzani e definizione dei percorsi per i pazienti autori di reato. Completamento della Documentazione della REMS relativa alla pianificazione ed al sistema qualità	La REMS e' pienamente operativa, le procedure sono ampiamente consolidate sia per la presa in carico dei pazienti, per la loro valutazione e, in collaborazione con i Servizi territoriali, le progettualita' in merito alla loro integrazione post dimissione. La documentazione relativa al sistema qualità èstata ultimata

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A7	Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP ed attivazione della REMS	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Documentazione completa relativa al sistema qualità	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.1.11**	**PDTA Esordi Psicotici**			

Descrizione	Rendicontazione
Analisi e progettazione di un PDTA in ambito di Esordi Psicotici	PDTA realizzato, in collaborazione ed intesa con le Aziende della Regione. Il referente aziendale partecipa in modo continuativo agli incontri RER

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione finale Gruppo di Lavoro	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.4.2	Area Psichiatria Adulti

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Prosegue l'impegno specifico e strategico di collegamento con i M.M.G. (Programma Leggieri) e la qualificazione dell'organizzazione dei percorsi per l'E-U Elaborazione di un programma strategico per la riqualificazione delle prestazioni e dei percorsi per un migliore collegamento funzionale tra le aree ospedaliere e territoriali nel settore dell'emergenza/urgenza e miglioramento dell'appropriatezza. Perfezionamento delle funzioni assistenziali ospedaliere erogate dalla rete privata e utilizzo integrato di una quota di posti in strutture residenziali a trattamento intensivo o protratto o specialistico. Governo e monitoraggio del processo di integrazione delle strutture afferenti all'AIOP attraverso lo specifico "Cruscotto". Piena attivazione RTP "I maggio", qualificazione, differenziazione e razionalizzazione dell'offerta residenziale e territoriale tramite lo sviluppo di progetti con "Budget di salute" nell'ottica di percorsi riabilitativi personalizzati e ad inclusività sociale. Predisposizione delle azioni per il prossimo spostamento del CSM di Fidenza e dalla RTI "PRP" presso la nuova ala dell'Ospedale di Vaio. Sviluppo delle competenze inerenti la didattica e ricerca.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.4.2.1	Qualificazione della rete ospedaliera			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione delle attività di "cruscotto" collocato presso lo SPO per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.	Sono proseguite, in modo ormai consolidato, le attivita' in oggetto, con invio settimanale a tutti i soggetti interessati del report sugli accessi.

Obiettivi Performance	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	22,00	44,00	22,00	46,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.2.2**	**Qualificazione dell'assistenza territoriale. La salute mentale nelle Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Analisi e pianificazione delle attivita' di Equipe di accoglienza presso almeno una Casa della Salute Stratificazione del rischio e profili di NCP per il trattamento dei disturbi depressivi.	L'Equipe di accoglienza di S.Secondo e' pienamente opartiva

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1(	Sviluppo di funzioni di accoglienza nelle Case della Salute in tema di salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di start up	Atti DAI-SMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.2.3**	**Residenzialità adulti**			

Descrizione	Rendicontazione
Analisi degli interventi territoriali e residenziali rivolti ai giovani adulti, valutando la opportunita' di riservare una quota di posti letto a questa particolare fascia di utenza. Lo studio vuole approfondire la recettivita' dei servizi per Adulti nei confronti degli utenti tra i 18 e i 40 anni	E' stata realizzata una proposta. A seguito dell'analisi dei bisogni, mediante UVM, che ha evidenziato la situazione in essere e proposto una rimodulazione dell'offerta residenziale

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione finale	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.4.2.4**	**Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione attività in materia di contenzioni fisiche presso l'SPDC. Diminuzione del ricorso alla contenzione	La riduzione delle contenzioni, per il 2016, raggiunge un dato assolutamente importante, sia per l'ottimizzazione dello strumento, sia per le sinergie tra le varie professionalita' che hanno consentito una riduzione davvero significativa nel corso degli ultimi 2 anni

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Registro contenzioni	atti SPDC	Numero <=		37,00		20,00		

Settore	1.4.3	Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi di utenza sono fortemente aumentati, in linea con le tendenze regionali. Questo influenza fortemente i tempi di accesso e per questo è stato stilato uno specifico Piano che andrà continuato per tutto il 2016. Si conferma l'attualità di nuove problematiche relative all'età adolescenziale e gli ambiti interculturali. L'area di NPIA è partecipe ed impegnata nel processo di collegamento ed integrazione strutturale con gli altri ambiti disciplinari del DAI-SMDP in particolare si evidenzia la necessità di garantire i principi della continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra età minore ed età adulta e di perfezionamento dei raccordi operativi nella casistica di soggetti "multiproblematici" o con necessità di presa in carico di lungo periodo; un ulteriore impegno consiste nel rendere omogenee le modalità di approccio tra i servizi specialistici e quelli territoriali per garantire continuità assistenziale. Definizione e applicazione della normativa per la valorizzazione delle prestazioni Altro ambito di attenzione è rappresentato dalle situazioni di Emergenza Urgenza di minori e giovani con patologie neuro psichiatriche per i quali sono da realizzare gli specifici protocolli (con Azienda Ospedaliera Universitaria, NPIA, Pediatria-Ospedale del Bambino, Riabilitazione), anche a seguito dell'apertura della RTI-M – RTP-M di San Polo. Continua l'attività del Cruscotto per la gestione degli accessi e il monitoraggio dei percorsi residenziali e dei minori collocati in ambito extrafamiliare e collaborazione alla stesura dei Progetti Quadro. Diffusione di linee di indirizzo per la definizione degli "appoggi domiciliari" e, in riferimento alle prerogative del "Cruscotto", dei relativi criteri d'accesso. Realizzazione del Programma Provinciale Integrato per l'autismo e stesura della parte relativa ai Progetti di Vita.	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	1.4.3.1	Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)			

Descrizione	Rendicontazione
Polo Pediatrico: definizione di un progetto/percorsi finalizzato al trasferimento delle attività NPIA del Polo di via Savani (Psicologia Clinica NPIA e Neurologia Funzionale e Riabilitazione NPIA) e del CAGE presso la costituenda Casa della Salute del Bambino e dell'Adolescente	Attivita' in fase di realizzazione. La struttura è in fase di completamento, i percorsi realativi al trasferimento sono in fase di rimodulazione a seguito delle modifiche strutturali createsi in corso d'0pera

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.3.2**	**Piano Accesso**			

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione annuale delle azioni previste nel Piano per l'accesso finalizzate al mantenimento dei tempi di attesa nei limti fissati dalla normativa.	Le azioni previste dal Piano dell'Accesso sono in corso di attuazione. i risultati sono inferiori a quelli attesi i tempi di attesa risentono di un'aumentata domanda da parte della popolazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite accesso diretto	Sistema informativo Elea	% >=	70,00%	70,00%	59,40%	64,90%	85,00%	
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP	Sistema informativo CUP	% >=	60,00%	60,00%	30,70%	38,00%	51,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.3.3**	**Minori in situazione di emergenza-urgenza. Collocazioni extrafamiliari (Cruscotto)**			

Descrizione	Rendicontazione
Potenziare le attività di prevenzione e cura di minori ed adolescenti con particolare attenzione ai percorsi di ricovero in emergenza. Monitoraggio dei protocolli interaziendali sulla NPIA relativi all'Emergenza-Urgenza.	Proseguono le attivita' di cruscotto, si registra un netto e significativo calo dei ricoveri di minorenni, anche e soprattutto grazie alle attivita' di raccordo con la residenza di S.Polo

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Ricoveri di minori presso SPDC	Sistema Informativo	Numero <=		22,00		10,00		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.3.4**	**Programma Regionale Integrato Autismo**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione del programma delle attivita' per la continuità delle cure (passaggio dai serivizi psichiatrici per minori ai servizi psichiatrici per adulti) ai pazienti affetti da autismo, con riferimento ai casi seguiti dal CENTRO PER LA DIAGNOSI, LA CURA E LO STUDIO DEI DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (Centro Autismo).	Il report e' stato realizzato e conferma la buona sinergia tra il Team Autismo e l'Area SMA

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
minori affetti da autismo seguiti dal Centro Autismo a cui sono applicate le procedure previste per passaggio minori-adluti/minori affetti da autismo seguiti dal centro Autismo	Report Team Autismo	% >=		70,00%		90,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.3.5**	**Progetti Regionali ADHD e DSA**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento delle Attività Neuropsichiatriche nell'ambito dei programmi ADHD e DSA, tramite autit specifico sulle cartelle aperte durante l'anno a utenti con diagnosi ADHD e DSA	Proseguono le attivita' come da prassi ormai consolidata

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Minori diagnosticati ADHD con assessment completo sul totale minori diagnosticati ADHD	AUDIT in atti DAISMDP	% >=		80,00%		89,00%		
Minori diagnosticati DSA con assessment completo sul totale minori diagnosticati DSA	AUDIT in atti DAISMDP	% >=		80,00%		87,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**1.4.3.6**	**Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo ed attuazione di percorsi interdisciplinari a favore di adolescenti e giovani a rischio di dipendenza patologica o con esordi psicotici ed altre manifestazioni psicopatologiche in integrazione con DCP, enti locali, strutture private accreditate e terzo settore. Definizione dei percorsi di continuità assistenziale per il passaggio alla maggiore età dei giovani con disabilità fisica e psichica in carico alla NPIA. Realizzazione del progetto Milestone. Azioni per la prevenzione degli atti autolesivi e del suicidio.	Il personale dedicato Ha realizzato la relazione Milestone, con seguente diffusione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Relazione Milestone	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.4.4	Area Dipendenze Patologiche

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi utenza sono omogenei con le tendenze regionali e con l'evidenziazione di nuove problematiche per ciò che concerne le fasce di età giovanili ed adolescenziali e gli stili di consumo delle sostanze. Le azioni previste per l'anno 2016 condividono l' orientamento verso una più marcata integrazione fra i servizi dipartimentali, in particolare la salute mentale adulti. In particolare è necessario proseguire nell'aggiornamento degli assetti organizzativi finalizzato alla diversificazione delle risposte cliniche e dalla continuità della presa in cura anche in funzione delle variazioni della domanda. Prosecuzione delle attività del Cruscotto per la gestione degli accessi ai percorsi comunitari, residenziali e socio-sanitari e loro monitoraggio.	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**1.4.4.1**	**Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari**			

Descrizione	Rendicontazione
Valutazione del fabbisogno di assistenza nelle Carceri per problemi correlati a Dipendenza da sostanze ed aspetti di salute, valutazione all'ingresso, valutazione su segnalazione, definizione ed applicazione di percorsi di cura con trattamenti multidisciplinari.	Tutte le attività sono ampiamente realizzate, inoltre sono conclusi i lavori di un gruppo di miglioramento riguardante la continuità assistenziale a favore degli utenti negli Istituti Penitenziari. Dall'esito finale dei lavori sarà ricavato l'accordo di interfaccia tra La UOS "Salute mentale e dipendenze patologiche negli Istituti Penitenziari" e i servizi SerT

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con l'area trattamentale - Evidenza Documentale	Verbali	Numero <=		10,00		12,00		
Presa in carico di detenuti diagnosticati per dipendenza patologica con disturbi gravi	Sistema informativo SistER	% >=		90,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.4.2**	**“Programma” Dipendenze Patologiche Adulti**			

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione all'elaborazione del nuovo "Piano Regionale per le Tossicodipendenze" e successiva applicazione locale. Monitoraggio di nuove forme di intervento progettuale su modello Budget di Salute (inserito nell'accordo di fornitura locale con gli Enti Accreditati)	Partecipazione continua al Piano regionale. Attivita' sul budget di salute potenziate. Operatori del SerT partecipano alle attività formative sul tema del BdS

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri CLM (Commissione locale di monitoraggio)	Verbali CLM	Numero <=		4,00		5,00		
Numero Progetti su Budget di Salute	Sistema Informativo CT	Numero <=		10,00		16,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell’Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.4.3**	**Nuove dipendenze**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento e Integrazione della Rete dei Servizi per la Prevenzione e Cura del tabagismo, attraverso l'Implementazione dei punti dedicati sul territorio	Realizzati i Centri Antifumo, come da Programma

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Apertura di un nuovo punto dedicato sul territorio	Evidenza strutturale/atti DAISMDP	Numero =		1,00		1,00		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.4.4.4**	**Interventi di prossimità**			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi di accompagnamento e sostegno al lavoro di comunità / prossimità (modello community lab): Sperimentazione, con il supporto regionale, di interventi di prossimità nel territorio di Medesano (Piani di zona Valli Taro e Ceno). Pianificazione del percorso, Formazione e Supervisione dell'équipe.	Attivita' in regolare corso di realizzazione, hanno avuto luogo regolarmente gli incontri previsti

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di incontri con gli interlocutori istituzionali del territorio (Gruppo di monitoraggio)	Verbali	Numero <=		6,00		7,00		

Settore	1.4.5	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER. Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività: -Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018 -Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.4.5.1**	**Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Protocollo diagnostico**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -Garantire l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni	Il protocollo e' stato sin qui applicato a tutti i nuovi casi, in relazione alle specifiche competenze DAISMDP

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. protocolli applicati su nuovi casi 0 -17	Report Team Autismo	% =		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.5.2**	**Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Accesso facilitato percorso Autismo**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -Facilitare l'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (centri spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni con sospetto di disturbo dello spettro autistico ,(CHAT positiva o dubbia al bilancio di salute dal 20° al 24° mese) al fine di una diagnosiprecoce e l'avvio tempestivo del trattamento	Tutti i casi sospetti sin qui registrati hanno avuto accesso ai Servizi dedicati nei tempi stabiliti

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. bambini con sospetto disturbo dello spettro autistico che accede ai servizi entro 30 gg. sul totale	Report Team Autismo	% =		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.5.3**	**Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Passaggio servizi età adulta**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta	Si e' operato il passaggio dei 15 casi candidati, individuando i Referenti per Autismo in eta' adulta in tutti i CSM, condividendo con loro le azioni per la rivalutazione funzionale dei medesimi. Ad eccezione di una particolare situazione che ha richiesto un iter piu' intenso, in virtu' di un particolare grado di complessita', tutti i casi sono stati regolarmente affidati al Servizio per gli adulti E' stato realizzato uno strumento informatico di cruscotto per monitorare tutti i casi in via di transizione ed in eta' adulta (quindi gia' inviati), che monitora le singole situazioni e le attivita' del loro progetto di cura

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico	Report Team Autismo	% =		100,00%		95,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.5.4**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Definizione risorse del DSM-SP**			

Descrizione	Rendicontazione
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Definire annualmente le risorse che l'Azienda mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute	Nelle schede di budget 2016 sono state puntualmente individuate le risorse messe a disposizione per i budget di salute. L'obiettivo è stato pienamente realizzato. I budget di salute attivati al 31/12/2016 sono 89 e la spesa è di Euro 976.237,02.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza della definizione per l'attivazione dei progetti	Atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**1.4.5.5**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Formazione e aggiornamento**			

Descrizione	Rendicontazione
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Promuovere azioni di formazione e aggiornamento del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e Terzo settore, con particolare rilevo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti	Nel corso dell'anno 2016 si è dato luogo ad una formazione specifica, svolta all'interno dei seguenti servizi del DAISMDP: CSM, SerT, Residenze, CNPIA, avente per oggetto l'applicazione dello strumento "Budget di Salute" nei diversi contesti: valutazione, progettazione e conseguente valutazione degli esiti, evidenziando criticità e punti di forza. E stato qundi realizzato un ciclo di incontri rivolto al personale di tutti i distretti (6 incontri) a cui sono seguiti due eventi sulla Valutazione dei percorsi fin qui attivati e due incontri sul Coordinamento dei Progetti con BDS.Si e'tenuto in ottobre ed in novembre,un seminario rivolto agli operatori dei servizi aziendali ed agli operatori del terzo settore avente per oggetto la valutazione dei percorsi condivisi. Infine il giorno 11 novembre 2016 si e' tenuto, presso la Casa della Salute Parma Centro l'evento formativo "Budget di Salute - Nel corso del tempo: pratiche e strumenti innovativi", a cura della dr.ssa Ceroni, responsabile della UOS dipartimentale "Trattamenti Psicosociali Intensivi e Integrati". Obiettivo del seminario è rappresentare le esperienze, condividere i saperi, favorire il confronto, contribuire ad accrescere il modello dell'integrazione socio-sanitaria, valorizzando la partecipazione consapevole dell'utenza.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza di eventi formativi	Atti DAISMDP	Numero >=		1,00		5,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.5.6**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale - UVM e accessibilità al Budget di Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta dall'Azienda Usl e dai Servizi sociali, per l'accesso al budget di salute	Sono stati attivati 6 nuovi progetti di budget di salute, di durata annuale che prevedono una elevata integrazione progettuale da parte di Enti locali e famiglie, è stata valutata dall'UVM. Il dato relativo all'indicatore sotto riportato non è rilevabile in quanto le linee di indirizzo regionali sul budget di salute ne hanno ampliato gli ambiti di applicazione, non trovando una adeguata interfaccia con le UVM.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. valutazioni UVM/n. progetti attivati	Atti DAISMDP	% =		100,00%				

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.4.5.7**	**Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia**			

Descrizione	Rendicontazione
La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven. Per tutte le Ausl: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS.	Nel corso dell'anno 2016 sono stati ammessi presso la REMS 17 utenti e sono stati realizzati 6 PTRI per tutti i dimessi. Alla data del 31/12 risultavano presenti in struttura 10 pazienti. Per 7 di questi sono stati realizzati i PTRI, dei 3 pazienti senza "formale" PTRI, 2 sono in carico a Parma. Per quanto riguarda l'item di performance, la percentuale di quanti pazienti per i quali il PTRI e' stato realizzato entro 45 gg riguarda 5 assistiti su 6 (escludendo l'evaso ed il rientrato da L.F.E.).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A7	Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP ed attivazione della REMS	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/ num residenti ammessi nelle REMS	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		84,00%		

Sub-Area	1.5	SANITA' PUBBLICA

Settore	1.5.1	Quadro Generale e attività trasversali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2016 termina il percorso di preparazione per l'ACCREDITAMENTEO del DSP. Verrà formalizzata la domanda di accreditamento per arrivare alla visita della commissione regionale. PROGETTO GUADAGNARE SALUTE: rendicontare il progetto regionale "Una comunità che guadagna salute". PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2016.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	1.5.1.1	Percorso di accreditamento			
Descrizione			Rendicontazione		
Presentazione domanda di accreditamento alla Regione per il DSP (DGR 385/2011)			Completato il manuale ed inviato alla Direzione Aziendale al fine della formalizzazione della domanda (prot. 82478 del 21/12/16)		
Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 385/2011	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione domanda accreditamento DSP AUSI di Parma	Protocollo domanda inoltrata	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	1.5.1.2	Progetto "Guadagnare Salute"			
Descrizione			Rendicontazione		
Stesura della relazione finale del progetto "Guadagnare in salute"			Il progetto si è concluso nel mese di marzo 2016. Si è proceduto ad inviare rendicontazione scientifica ed economica all'AUSL di Piacenza (USL Pilota) in data 07/04/2016.		
Obiettivi Performance	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	Riferimento Normativo	DGR 744/13	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza della realzione	protocollo relazione	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.5.1.3**	**Piano Regionale della Prevenzione**			

Descrizione	Rendicontazione
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2016.	Tutti i piani di attività dei servizi DSP sono stati integrati dalle azioni e dai progetti previsti nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione		DGR 771_2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni prteviste per il 2016	Piani attività dei Servizi	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.5.2	Igiene e Sanità Pubblica

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari,	formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.2.1	Pianificazione e Programmazione 2016			

Descrizione	Rendicontazione
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.	E' stato elaborato il Piano di Attività 2016 scomposto in aree disciplinari (prot. 10793 del 16/02/2016). Si è proceduto a rendicontare le attività 2015 (30/05/2016)
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 200/2013; DGR 385/2011

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		
Produzione della relazione finale anno 2015	Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.2.2	Igiene Ambiente			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016 (prot. 36201 del 27/5/2017e 36861 del 31/5/2016) . La media di attuazione del carico di lavoro degli operatori al 31/12/2016 è del 98%
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 200/2013; DGR 385/2011

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	42,00%	98,00%	93,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.2.3**	**Sorveglianza malattie infettive**			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016. Al 31/12/2016 è stato attuato per il 100% del programmato.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Circolari regioni specifiche

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.2.4**	**MEDICINA LEGALE**			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016. Tutti gli operatori hanno contribuito ad attuare, come equipe, almeno il 95% del piano programmato

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	L. R 4/2008

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	95,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.2.5**	**MEDICINA DELLO SPORT**			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016. Attuato al 31/12/2016 per il 100% del programmato

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	48,00%	100,00%	100,00%	

Settore	1.5.3	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.3.1	Pianificazione e Programmazione 2016			
Descrizione			Rendicontazione		
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato il Piano di attività 2016 (prot.10418 del 15/2/16) Relazione finale 2015 del 30-3-2016 diffusa il 7-4-16		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 200/2013	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		
Produzione della relazione finale anno 2015	Protocollo relazione finale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.3.2	Medicina del Lavoro			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Dopo una riunione di presentazione a tutti gli operatori, è stato trasmesso il carico di lavoro individuale ad ogni singolo operatore SPSAL e UOIA (protocollati singolamente in data 20-4-2016 e 21-04-2016). Attuato al 31/12/2016 complessivamente per il 100% (effettuati n. 1213 interventi su 1156)		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 172/2015 Punto 1.5	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	64,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.3.3**	**UOIA**			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	Dopo una riunione di presentazione a tutti gli operatori, è stato trasmesso il carico di lavoro individuale ad ogni singolo operatore SPSAL e UOIA (protocollati singolamente in data 20-4-2016 e 21-04-2016). Al 31/12/2016 il servizio ha attuato il 82% del carico di lavoro programmato.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	82,00%	100,00%	

Settore	1.5.4	SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2016 del Servizio con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.4.1	Pianificazione e Programmazione 2016			

Descrizione	Rendicontazione
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.	E' stato elaborato il Piano di Attività 2016 scomposto in aree disciplinari (prot. 10423 del 15/02/2016). Si è proceduto a rendicontare le attività 2015 (documento allegato al Piano di Attività). Il piano di lavoro è stato sottoposto a revisione ed. 1 rev. 2 del 23 .08.2016 prot. 54920

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		
Produzione della relazione finale anno 2015	Protocollo relazione finale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.4.2	IGIENE DEGLI ALIMENTI			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	E' stato declinato e presentato agli operatori il piano di lavoro individuale. Al 31/12 ogni piano è stato attuato con una media di servizio del 98 %

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	64,10%	98,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.4.3**	**NUTRIZIONE**			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	Anche per l'area nutrizione è stato declinato il piano di lavoro individuale completato al 31/12 per il 100 % del programmato

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	57,00%	100,00%	100,00%	

Settore	1.5.5	Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2016 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.5.1	Pianificazione e Programmazione 2016			

Descrizione	Rendicontazione
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.	Elaborato il Piano attività (Prot. 10518 del 15/2/16) scomposto per area

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		
Produzione della relazione finale anno 2015	Protocollo relazione finale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	1.5.5.2	SERVIZIO A - SANITA' ANIMALE			

Descrizione	Rendicontazione
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste	Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno attuato almeno il 97,4% del piano programmato

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	58,00%	97,40%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.5.3**	**SERVIZIO B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno contribuito ad attuare, come equipe, almeno il 90% del piano programmato		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	90,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.5.4**	**SERVIZIO C - IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE**			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno attuato almeno il 90% del piano programmato		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	58,00%	93,00%	100,00%	

Settore	1.5.6	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire:
-il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo,
realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment)
Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate.Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività omprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 bisognerà perseguire nuovi obiettivi Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, pag.4)

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.5.6.1**	**Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**			

Descrizione	Rendicontazione
Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative locali e regionali, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano. Nel 2016 le Aziende si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 5% rispetto al valore atteso.	La gestione delle attività previste nel nuovo PRP per i Servizi del DSP è stata realizzata attraverso la predisposione di singole "Schede di progetto" collegate ai Codici di Prodotto e Prestazione indicati nei Piani di Attività 2016 di ciascun Servizio. Il Piano Locale della Prevenzione è stato inviato in Regione il 29/01/2016 con nota N. 6195. Gli indicatori, compreso l'indicatore sentinella, espressi in azioni, cronogramma, operatori coinvolti, numero di attività ed ore, sono armonizzati con le rispettive Schede PLA approvate ed inserite all'interno del documento di budget e dell'attività ordiaria dei singoli Servizi ed U.O. del DSP. In generale, la progressione dei progetti ha rispettato la tempistica assegnata dalla Scheda PLA, ad eccezione di alcune attività caratterizzate, prevalentemente, da uno start up regionale in corso di definizione per gli aspetti operativi e di coordinamento. In particolare, per tutti i Setting del Piano, i progetti che assegnano la titolarità ai Servizi del DSP, sono stati monitorati attraverso i sistemi informativi in relazione allo stato di avanzamento sia dell'indicatore sentinella che degli altri indicatori. Al 31/12/2016 gli indicatori sentinella evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano, superiore al 95%

Obiettivi Performance	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
raggiungimento degli standard previsti degli indicatori sentinella	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.2**	**Sanità Pubblica**			

Descrizione	Rendicontazione
I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire: -il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati inmateria (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.) mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013; - lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, a supporto della pianificazione delle attività del sistema regionale della prevenzione e quale strumento per la valutazione della qualità dell'azione e dei risultati conseguiti; -la gestione efficace delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano cooperando con altri Servizi sanitari o altri Enti.	E' stato garnatito dal Dipartimento di Sanità Pubblica il coordinamento e l'apporto, per quanto di competenza, alla realizzazione di ogni programma del PRP. In materia di vigilanza e controllo sono stati mantenuti i livelli di copertura consolidati ispezionando nell'anno 2016 il 9,85 % delle azienda presenti sul territorio provinciale

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% aziende con dipendenti ispezionate	specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%		9,85%		
evidenza sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.3**	**Epidemiologia e sistemi informativi**			

Descrizione	Rendicontazione
Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP. Tra le sorveglianze da consolidare si richiamano il Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute) e il Registro regionale di mortalità; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si citano gli screening oncologici e le vaccinazioni mentre sono da sviluppare e potenziare il Registro regionale dei tumori e il Sistema PASSI d'Argento. (vedi DGR 1003 del 28-06-2016, Allegato B, 1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi pag.5)	Nel 2016 sono stati attivati tutti i sistemi di sorveglianza degli stili di vita previsti. La registrazione dei dati sul registro mortalità è stata completata ed inviata nei tempi stabiliti dalla Regione.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2016) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2017)	Protocollo	% >=		95,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.4**	**Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni**			

Descrizione	Rendicontazione
Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche. Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.	Per quanto riguarda le attività del DSP svolte durante l'anno 2016, si è proceduto con la chiusura degli ambulatori con erogazione inferiore alle 500 dosi vaccinali/anno, come da indicazione regionale, comunicato con nostra nota N. 17178 del 10/03/2016. La campagna vaccinale antinfluenzale si è svolta come da programmazione, non evidenziando scostamenti rispetto agli anni precedenti. La vaccinazione antinfluenzale degli ultrasessantacinquenni è effettuata dai Medici di Medicina Generale. E' prevista la pubblicazione dei dati della campagna 2016/2017 da parte della regione Emilia-Romagna ..

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n° ambulatori di Pediatria di Comunità che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		28,00		11,00		
n° ambulatori di Sanità Pubblica che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00	0,00	0,00		
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		43,10%		
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		94,10%		
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		89,10%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.5**	**Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**			

Descrizione	Rendicontazione
Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi: - Attivazione, in via sperimentale, del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016. -Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica. -Attività di controllo sul benessere animale e farmacosorveglianza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.	Si è proceduto seguendo le indicazioni previste nel PRP sia in materia di sicurezza alimentare che in sanità e benessere animale. Tutti i piani di lavoro dei servizi sono stati integrati recependo gli obiettivi ed i piani dettati dal PRP.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti (obiettivo: >= 10 o 15% secondo le specie)	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		25,00%		
% allevamenti controllati per farmacosorveglianza sul totale degli allevamenti	specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%		33,00%		
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)	specifico flusso di riferimento	% >=		98,00%		100,00%		
PRI - Piano Regionale Alimenti	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.6**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: -Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili deiServizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa; -Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; -Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità diformazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. -Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.	vd 7.8.3.1 "Sicurezza sul lavoro - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie" Il Responsabile del SPPA ed i Medici Competenti partecipano attivamente ai coordinamenti regionali ed attuano a livello locale le decisioni assunte. Come indicato dalla Relazione Sanitaria dei Medici Competenti in ottemperanza all'art. 35 del Dlg 81/2008, le vaccinazioni antinfluenzali sono state pari a 350, il 21% dei soggetti dei reparti a rischio, si segnala l'incremento del 69% rispetto all'anno 2015. Sono stati aggiornati il protocollo sanitario per TBC, per gli Ospedali, sulla base del DVR effettuato, ed il protocollo di sorveglianza sanitaria per il DSP. Attuato per il 50% del personale sanitario lo screening immunologico delle malattie infettive trasmissibili per via aerea (morbillo, varicella, rosolia e parotite) ed attuate le vaccinazioni per i soggetti sieronegativi. Resta da programmare il corso formativo per coloro che rifiutano la vaccinazione.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	Protocollo piano di attività	% >=		34,00%		21,00%		

Sub-Area	1.6	GLI SCREENING

Settore	1.6.1	Quadro generale e obiettivi comuni

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il sistema di gestione della prevenzione secondaria delle patologie tumorali, pur articolandosi in tre programmi di screening, deve essere inteso e presentato come attività integrata, sia dal punto di vista organizzativo che della partecipazione e valutazione di qualità. Trattandosi di programma a valenza nazionale e regionale, gli obiettivi vengono indicati dal Piano della Prevenzione: la valutazione qualitativa di processo del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali ha evidenziato la efficacia del metodo dell'approccio condiviso e la necessità di una più capillare diffusione dei risultati ai gruppi portatori di interesse.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.6.1.1**	**Partecipazione a iniziative e progetti valutativi**			

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale. Avvio del percorso di accreditamento istituzionale	Tutti i debiti informativi sono stati inviati entro i tempi previsti, sia nei confronti della Regione che per quanto riguarda i controlli di qualità in collaborazione con il Registro Tumori. E' iniziato il percorso di accreditamento istituzionale, con la verifica dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici; tale percorso sarà presidiato dal gruppo di coordinamento screening e dall'Ufficio Qualità Aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evvidenza Attività	PRP	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	1.6.2	Screening del tumore del collo uterino

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per il 7° 'round' (1.1.2016 - 31.12.2018, salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale) - Continua regolarmente il percorso che condurrà all'avvio, entro il primo semestre, del progetto di riconversione del programma con l'introduzione dell'HPV-test come test di screening primario (secondo le indicazioni regionali) e citologia di 'triage'.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.6.2.1**	**Promozione adesione**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 49 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 50-64 anni, residenti e domiciliate assistite.	Dal 1° giugno 2016 è attivo il nuovo algoritmo, chiamata quinquennale con HPV-test primario e citologia di 'triage', su tutti i 45 Comuni della Provincia (secondo quanto concordato in AVEN) - Nel corso del 2016 è stata attivata la chiamata (secondo indicazioni regionali oltre dal piano AVEN) la chiamata ad HPV-test delle donne in fascia di età 50-64 aa. - Percentuale di adesione regionale di riferimento al 31.12.2016: 60,6% (AUSL PR: 66,0%). La lieve flessione rispetto al semestre precedente (66,7%) è giustificata, come da casistica, dal cambio di proposta del test primario (HPVtest vs Pap-test.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening		DGR 217/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di adesione	P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%	66,70%	66,00%	100,00%	

Settore	1.6.3	Screening del tumore della mammella

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il risultato di salute da perseguire a lungo termine è la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, attraverso il mantenimento dei risultati raggiunti e l'integrazione dell'offerta a livello provinciale. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, inoltre, si prefigge l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	1.6.3.1	Implementazione data base individuale			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento tracciato record data base individuale	Consolidamento tracciato data base individuale

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza tracciato	RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	1.6.3.2	Progressione chiamate			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione rivolti alle donne di fascia di età 45 -49 anni (mammografia annuale) e 70 – 74 anni (biennale) domiciliate e residenti. Miglioramento dell'adesione corretta in tutte le fasce di età (ultima rilevazione media: 64,6%).	Estensione degli inviti a tutte le fasce di età residenti e domiciliate. Miglioramento dell'adesione media (ultima rilevazione : scheda puntuale RER al 30/06/2016).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	DGR 217/2014 DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adesione corretta	PRP	% >=		64,60%	66,70%	72,96%		
Estensione effettiva inviti	PRP	% >=		95,00%	99,40%	87,75%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.6.3.3**	**Rischio eredofamiliare**			
Descrizione			Rendicontazione		
Attuare il programma secondo la indicazioni regionali			Attuazione del programma secondo le indicazioni regionali con compilazione scheda anamnestica di tutte ledonne presentate.		
Obiettivi Performance	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	Riferimento Normativo	DGR 172/2015	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Compilazione scheda anamnestica eredofamiliare/ Donne presentate	PRP	% >=		95,00%	95,00%	98,00%		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.6.3.4**	**Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG**			
Descrizione			Rendicontazione		
Partecipazione al “Programma interaziendale Centro di Senologia” o Breast Unit			Partecipazione al programma interaziendale Centro di Senologia con partecipazione alle riunioni del percorso mulitdisciplinare e invio delle pazienti al PDT della mammella.		
Obiettivi Performance	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	Riferimento Normativo	DGR 800/2015 DDG 841/2015	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria	Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%	85,00%	90,00%		

Settore	1.6.4	Screening del tumore del colon retto

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
L'obiettivo di salute del programma è rappresentato dalla diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione congiunta di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di riduzione delle disuguaglianze dall'altro. La riorganizzazione iniziata lo scorso anno ha determinato una maggiore collaborazione ed integrazione tra tutti gli attori coinvolti ed una maggiore autonomia degli stessi. Il fine ultimo resta quello di porre il centro screening come punto di riferimento per i cittadini. L'intervento, tra l'altro, si avvale dell'importante collaborazione dei MMG e delle associazioni di volontariato con le quali sono stati effettuati degli incontri a carattere distrettuale al fine di promuovere un miglioramento continuo.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.6.4.1**	**Progressione chiamate**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento dei livelli di estensione ed adesione raggiunti: fascia di età 50/69 anni, sviluppando strategie atte migliorare l'adesione nell'intera provincia.	Nel 2016 è stata è rispettata la tempistica dei round precedenti, che prevede per gli anni pari l'arruolamento di circa il 60% della popolazione bersaglio. Sono stati effettuati circa 70.000 primi inviti procedendo al contemporaneo invio delle lettere di sollecito secondo le modalità e la tempistica previste. I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 31/12/2015 (Inviti al 31/12/2015 Adesione al 31/03/2016) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 79,2 (media RER 93,5%), mentre l'adesione all'invito corretta è stata del 57,1% (media RER 54,2%).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adesione corretta	PRP	% >=		48,00%		57,10%		
Estensione effettiva inviti	PRP	% =		80,00%		79,20%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.6.4.2**	**Equità di accesso**			

Descrizione	Rendicontazione
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianza (stranieri).	Nel corso del 2016 non è previsto alcun particolare intervento su determinate categorie svantaggiate di persone (ad esempio la popolazione carceraria coinvolta lo scorso anno). L'adesione tra i domiciliati risulta essere notevolmente inferiore rispetto alla popolazione complessiva, pur essendo quasi in linea con la media regionale. I dati ufficiali inviati dalla regione sono riferiti alla rilevazione puntuale del 31/12/2015 (Inviti al 31/12/2015 Adesione al 31/03/2016) e mostrano: adesione invito corretta 41,2% (RER 42,5%), estensione inviti 77,5% (RER 82,5%). Il Centro Screening ha cominciato ad effettuare nel corso degli ultimi mesi del 2016 una verifica (che verrà completata nel 2017) sul fenomeno del mancato recapito delle lettere screening che coinvolge in larga percentuale la popolazione straniera.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° FOBT popolazione straniera/lettere inviate	PRP	% >=		75,00%		77,50%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.6.4.3**	**Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto**			

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione e sensibilizzazione all'adesione allo screening colon-retto con l'ausilio di un mezzo mobile che sarà presente presso i Comuni della Provincia di Parma. L'utilizzo del mezzo mobile, messo a disposizione dalle Associazioni di Volontariato, è ad integrazione dei centri fissi, attivi con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.	Si è conclusa l'attività inerente il progetto "Camper della Prevenzione" prevista per l'anno 2016; nel primo semestre sono stati coinvolti i comuni di Fidenza (con la partecipazione dei sindaci del Distretto) e Borgotaro, mentre nel secondo semestre quelli di Berceto e Salsomaggiore Terme . L'unità mobile ha svolto attività di sensibilizzazione della popolazione riguardante i corretti stili di vita e le abitudini alimentari: nell'occasione sono stati consegnati i kit per la ricerca del sangue occulto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N°. Comuni Aderenti	Relazione Resp. Programma	Numero <=		4,00		4,00		

Area	2	ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sub-Area	2.1	Obiettivi di Presidio Ospedaliero

Settore	2.1.1	Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Sulla base del Decreto del Ministero della Salute che definisce nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera, l'Azienda USL di Parma ha portato a compimento il proprio progetto di ridefinizione del modello organizzativo dei presidi ospedalieri a gestione diretta di Fidenza e di Borgo Val di Taro, che sono stati inquadrati rispettivamente come: Ospedale di base – Borgo Val di Taro; Ospedale di primo livello – Fidenza. Agli Ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro è stata mantenuta autonomia gestionale (budget ed assegnazione di risorse), ma sono stati organicamente connessi, attraverso il riassetto dei Dipartimenti, da cinque suddivisi per stabilimento ospedaliero, a tre, integrati, di Presidio Ospedaliero Aziendale.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	2.1.1.1	Costituzione degli organismi collegiali esecutivi dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero Aziendale			

Descrizione	Rendicontazione
La composizione ampiamente rappresentativa dei Comitati di Dipartimento richiede la costituzione di organismi collegiali esecutivi che possano dare effettiva operatività al modello dipartimentale integrato interospedaliero. Per ognuno dei tre dipartimenti, con peculiarità rese necessarie dalla diversa complessità e numerosità dei componenti, sarà costituito un Comitato Esecutivo.	Nel corso del primo semestre del 2016, per il pensionamento del Direttore del Dipartimento Medico di PO Aziendale, la direzione dello stesso è stata affidata al Direttore del Dipartimento di Emergenza - Urgenza e diagnostica. Non è stata ancora affrontata nei Comitati di Dipartimento la composizione di un organo esecutivo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		DM 70/2015; DGR 2040/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.1.2**	**Protocollo di collaborazione tra le direzioni amministrative**			

Descrizione	Rendicontazione
Il superamento della struttura dipartimentale amministrativa di Presidio Ospedaliero Aziendale rende necessario prediporre un protocollo di collaborazione tra le direzioni amministrative dei due ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro.	Le Direzioni Amminisctrative dei due Ospedali hanno iniziato modalità di consultazione informali, per stabilire prassi comuni. Le consultazioni informali non sono ancora state consolidate in regole comuni.

Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		No		

Settore	2.1.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere a questo Assessorato i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza.
Nel corso del 2016 Il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per questo Assessorato.
Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza
Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori.Sviluppare il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti... (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3. Assistenza Ospedaliera, pag.24)

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.1**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per l'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali. Il Progetto prevede fin da subito l'individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa. Il piano prevede l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. E' prevista una deliberazione regionale per l'omogeneizzazione dei criteri in tutte le aziende Sanitarie del territorio regionale .	Il progetto è stato seguito e si è partecipato agli incontri specifici di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), all'uopo organizzati dall'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali e con il RIT aziendale per quanto concerne l'informatizzazione delle agende di prenotazione. Ai sensi della delibera di Giunta Regionale n. 272 del 13 marzo 2017 il Responsabile Unico Aziendale per la gestione del Progetto SIGLA è stato individuato nei tempi definiti. L'ufficio sede dell'attività di monitoraggio e controllo dei tempi di attesa è l'Ufficio Ricoveri del Presidio Ospedaliero aziendale, presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza.

Obiettivi Performance	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		70,00%		
Confronto dei % volumi Sigla –SDO (entro fine 2016)	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		80,00%		
Individuazione del Responsabile Unico aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016	Atti Dir San	Sì/No		Sì		Sì		
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		
Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.2**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati**			

Descrizione	Rendicontazione
Nell'ambito delle prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono individuate quelle che sono erogate negli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale, con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna.	Tra le prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono state individuate quelle erogate presso gli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale; con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna, ne sono stati calcolati retrospettivamente i tempi di attesa e si è proceduto ad una loro analisi ed aggiornamento, che ha portato ad una riduzione dei tempi di attesa inizialmente stimati. Il processo avviato porterà a dei significativi miglioramenti dal 2017.

Obiettivi Performance	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore all'utero (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		82,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore del colon-retto (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		71,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore della prostata (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		67,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per la protesi d'anca (entro 180 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		58,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.3**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - completamento del riordino della rete ospedaliera, indicazioni DGR 2040/2015**			

Descrizione	Rendicontazione
Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere all'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità. In particolare dovrà essere completato il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015.	L'Azienda USL di Parma ha deliberato, con Delibera N.1006 del 30.12.2016 il recepimento del documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma AUSL di Parma" con protocollo N.3582 del 19/01/2017, già approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS). Con detto documento sono state definite le riconversioni di posti letto in attuazione della DGR 2040/2015.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		
Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.4**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DGR n. 463/2016 Conversione in regime ambulatoriale day hospital oncologici**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'anno 2016 dovrà essere data piena applicazione ai contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia- Romagna". Su questo tema le Aziende devono far pervenire entro Ottobre 2016 alla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare le modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016.	In entrambi gli Ospedali del PO Aziendale è stata conclusa la fase progettuale per il passaggio della gran parte delle attività di day hospital oncologico in regime di day service. L'Azienda USL di Parma ha attuato la DGR 463/2016, convertendo in Day Service Ambulatoriale (DSA) 6 posti letto su otto a Fidenza ed 1 su 2 a Borgotaro.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016 entro il 2016	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.5**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital**			

Descrizione	Rendicontazione
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, occorre perseguire il rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati.	Gli andamenti del primo semestre sono congruenti con gli obiettivi di produzione necessari per rasggiungere i valori soglia. Si è proceduto nel corso del 2° semestre 2016 allo smaltimento delle liste di attesa e quindi il dato risulta fortemente condizionato da tale tempistica.(In particolare per quanto riguarda il numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno : Fidenza n.239 e Borgotaro n. 60)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		76,00%		
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		73,00%		
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa di Ortpedia e Traumatologia dell'Ospedale di Fidenza all'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		158,00		
numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		299,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.6**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. Definizione di criteri omogenei a livello di rete ospedaliera provinciale per il trasferimento di interventi chirurgici erogati in regime ordinario day-surgery al regime ambulatoriale.	Il Coordinatore Aziendale dei Controlli Sanitari ha concordato con le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate della rete provinciale, criteri omogenei per incrementare le tipologie di interventi chirurgici trasferibili dai regimi di ricovero ordinario e diurno ai regimi ambulatoriali. Inoltre ha concordato con strutture del provato accrediatato, per alcune tipologie di interventi erogabili in regime ambulatoriale, la remunerazione a tariffa ambulatoriale dell'intervento, anche se erogato in regime di ricovero diurno, quando la tariffa ambulatoriale è ridotta rispetto a quella in regime di ricovero. Complessivamente la rete ospedaliera provinciale ha risposto in modo positivo alle necessità di riconversione di attività nei setting erogativi più appropriati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario (griglie LEA)	specifico flusso di riferimento	% <=		0,21%		0,15%		
Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,50		0,42		
Concentrazione degli interventi chirurgici per neoplasie della mammella presso la Breast Unit di Azienda Opsedaliero-Universitaria di Parma ed Accordo per la mobilità dei professionisti e dei pazienti dei pazienti dall'Ospedale di Fidenza all'Hub prov.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Relazione del Responsabile Aziendale dei Controlli Sanitari	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.7**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso**			

Descrizione	Rendicontazione
….Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale..(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero, pag.27)	Il sistema dei Cruscotti Provinciali dei ricoveri in acuzie (Ricoveri diretti da PS di AOUPR ed AUSL agli Ospedali Privati Accreditati) e dei ricoveri psichiatrici (Utilizzo dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia) sono stati manutenuti ed aggiornati, incrementando i volumi. Nei periodi con picchi di richieste, le Direzioni Sanitarie di Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e di Azienda USL di Parma hanno collaborato fattivamente per ottenere il maggiore possibile supporto dalle strutture del privato accreditato e per aumentare il "filtro" dei Medici di Medicina Generale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		
piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.8**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013**			

Descrizione	Rendicontazione
Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna. L'Azienda capofila per il territorio di Parma e Piacenza è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. L'AUSL di Parma partecipa al gruppo di lavoro permanente ed attua i dispositivi di carattere interprovinciale, a livello del Presidio Ospedaliero Aziendale.	I Gruppi di Lavoro interaziendali per la redazione delle procedure STAM e STEN hanno terminato l'elaborazione dei rispettivi documenti, con la partecipazione fattiva dei componenti designati dall'AUSL di Parma. Le procedure interaziendali sono state recepite dall'Azienda USL di Parma con la Deliberazione n. 959 del 30.12.2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Entro fine 2016 delibera in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al gruppo di lavoro permanente interprovinciale coordinato da AOU PR	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.9**	**Attività trasfusionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori. Il quadro normativo cui si fa riferimento è il seguente: DM 70/2015, Delibera 2040/2015 ed il SM 2/11/2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” In particolare il DM 2/11/2015 focalizza l'attenzione in modo puntuale su elementi relativi alla sicurezza del paziente, con particolare riferimento a strumenti organizzativi ed informatici che riducano il rischio di errore ABO. E' mandatario poi continuare a garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta a fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emeocomponenti. L'AUSL di Parma partecipa al sistema sangue provinciale con i propri ospedali dotati di frigoemoteca.	Gli Ospedali a diretta gestione dell'AUSL di Parma si sono dotati dei braccialetti identificativi dei pazienti, sia ai fini generali della sicurezza, sia per lo specifico delle nuove norme che regolano le modalità di effettuazione in sicurezza della trasfusione di sangue. Una nuova procedura per la gestione del sangue e degli emocomponenti, che attua i dispositivi di cui al DM 2 novembre 2015, è stata redatta da apposito gruppo di lavoro aziendale e corretta con le osservazioni del SIMT di Azienda Ospedaliero - Universitaria, competente per tutto il territorio provinciale. Detta procedura è stata emanata il 29.12.2016. La rendicontazione delle altre attività è posta in carico direttamente al SIMT.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
braccialetto identificativo del paziente (applicare quanto previsto nel DM 2/11/2015)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.10**	**Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda USL di Parma partecipa al sistema regionale DONOR-ACTION con una attività di procurement di tessuti e con l'attività di prelievo di cornee. E' individuato un coordinatore locale per le predette attività, che svolge anche direttamente le attività di prelievo di cornee.	Il Coordinatore locale dell'AUSL di Parma ha perseguito in modo coerente ed adeguato gli obiettivi assegnati dal "Donor Action". Si segnala che l'Ospedale di Fidenza, a fronte di un obiettivo cornee di 21, ha prelevato 36 cornee, con un saldo positivo di +15.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Sviluppo percorsi aziendali per raggiungimento di un num di donazini multi-tessuto >=2%(anno prec.) con età compresa tra i 15 e 78 anni (come da indicazioni CRTER)	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		
Report con percorso aziendale d'identificazione in PS e successivo monitoraggio di tutti i pz con lesioni cerebrali severe in reparti non intensivi da trasmettere(CRTER)	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		
Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)	P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		Sì		
Sviluppo di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un umero di donazioni di cornee pari all'obiettivo regionale con età compresa tra 3 e 80 anni	P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	2.2	Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

Settore	2.2.1	Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Al termine del processo costitutivo, che ha impegnato i primi tre trimestri dell'anno scorso, i nuovi dipartimenti unici di P. O. hanno iniziato a perseguire con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70.econdo le linee guida regionali. In particolare, si è intensificato lo scambio di professionisti, ai fini di condivisione delle eccellenze e mantenimento/incremento della clinical competence. Il cammino iniziato nell'ultimo trimestre dell'anno scorso, in continuità con le azioni già implementate negli anni precedenti, può trovare pieno svolgimento nell'anno in corso, ultimo del triennio di vigenza del Patto per la Salute 2014 - 2016.
Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla Politica del Farmaco a cui si dovranno attenere tutti i Dipartimenti, si rimanda allo specifico capitolo del Piano Azioni (Cap. 5.4).

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	2.2.1.1	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici			

Descrizione	Rendicontazione
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	A Fidenza, nel corso del primo semestre, l'indice di performance delle prestazioni programmate è stato del 98% e quello delle urgenze differibili del 54%. A Borgotaro , l'indice di performance è stato del 98% per le prestazioni programmabili e del 75% per quelle urgenti differibili. Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 98% per le prestazioni programmabili e del 62% per quelle urgenti. I dati riferiti all'anno 2016 evidenziano per l'Ospedale di Fidenza un indice di perfomance pari a 97% per le attività programmate e a 55% per le urgenze differibili e per l'Ospedale di Borgotaro un un indice di perfomance pari a 96% per le attività programmate e a 57% per le urgenze differibili. Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 96.5% per le prestazioni programmabili e del 56% per le urgenze differibili.

Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di Performance prestazioni programmabili	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	98,00%	96,00%	100,00%	
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	62,00%	56,00%	69,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**2.2.1.2**	**Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici**			

Descrizione	Rendicontazione
Potenziamento dell'utilizzo dei supporti informatici alle attività cliniche ambulatoriali e di degenza.	Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata rispetto a tutte le prescrizioni di prenotazioni CUP è pari al 99%. Si precisa che I dati CUP fanno riferimento a tutte le ricette associate a prenotazioni fatte in tutta la provincia dal 01/01/2016 al 30/06/2016 e nel conteggio sono comprese sia le ricette dematerializzate che quelle cartacee. Questi dati sono da considerarsi come una "approssimazione" del prescritto reale. Per la valutazione complessiva dell'anno 2016, il conteggio è relativo all'utilizzo esclusivo del programma ricette dematerializzate. Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata risoetto a tutte le prescrizioni CUP è pari al 62.5%.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo programma ricette dematerializzate/rispetto a tutte le prenotazioni	RIT	% >=	40,00%	50,00%	99,00%	62.500,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.3**	**Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del progetto complessivo di ristrutturazione del Pronto Soccorso, con particolare riferimento all'organizzazione delle attività durante l'intervento strutturale	Nel corso del primo semestgre, è stato garantito il regolare svolgimento delle attività durante la prima fase di ristrutturazione del Pronto Soccorso e sono state ridefinite le modalità organizzative idonee a consentire il percorso successivo di ristrutturazione. La predisposizione del protocollo di gestione delle attività radiologiche in urgenza è in corso. Nel corso del secondo semestre sono stati completati il percorso di ristrutturazione ed il completamento dell'assetto organizzativo definitivo. Il nuovo Pronto Soccorso è entrato a regime nel mese di novembre ed in tutte le fasi di ristrutturazione è stato garantirto il regolare svolgimento delle attività. E' stato predisposto il protocollo di gestione deelle attività radiologiche in urgenza, che verrà reso operativo nei nuovi ambiti logistici, in fase di ristrutturazione.

Obiettivi Performance	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	Riferimento Normativo	Decreto Ministero della Salute 31 gennaio 2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Continuità assistenziale nel corso della ristrutturazione	U.O. di Pronto Soccorso	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Predisposizione protocollo di gestione attività radiologica in urgenza	Atti P.O.	Sì/No =	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.4**	**Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni decentrate a livello di singolo ospedale.	Nel corso del primo semestre sono stati convocati ed attuati n° 3 Comitati di dipartimento, nelle date: 04-02-2016; 27-04-2016; 06-07-2016 Nel corso dell'anno 2016 sono stati complessivamente convocati ed attuati n° 4 Comitati di Dipartimento, e n° 3 riunioni decentrate, garantendo così quanto previsto dal nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero.

Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di Comitati di dipartimento convocati e attuati	Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	2,00	7,00	67,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.5**	**Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei Comparti Operatori del PO aziendale	Per la riorganizzazione dei Comparti Operatori aziendali sono stati attivati due progetti con finalità differenti ma intersecantisi tra loro. In particolare uno, affidato ad una Ditta di consulenza esterna (Valeocon) ha la finalità fornire indicazioni in ordine alla ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie attraverso alcuni correttivi da apportare alle criticità emerse dalla fase analitica. Il secondo progetto ha la finalità di implementare un sistema informatizzato di gestione del percorso chirurgico globalmente inteso, dal momento di inserimento in lista d'attesa fino all'intervento chirurgico e refertazione dello stesso su registro operatorio attraverso la programmazione della sala operatoria. Sono stati formalizzati 2 gruppi di lavoro con nota prot. n. 313 del 05/01/2016 (Valeocon) e con mail del 26/02/2016 (percorso chirurgico). Nel corso del secondo semestre, entrambi i percorsi sono stati conclusi. Il gruppo di progetto sulla informatizzazione del percorso chirurgico e sale operatorie ha prodotto la relazione conclusiva relativa alla prima fase del percorso, che ha consentito l'avvio dell'utilizzo del nuovo software di gestione del registro operatorio a partire dal 13 dicembre u.s. Il gruppo di lavoro coordinato dallla Ditta di consulenza esterna Valeocon ha raccolto le informazioni necessarie alla elaborazione del documento finale, che è stato presentato in data 28 settembre u.s.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		L 30 ottobre 2014, n° 161

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro (VALEOCON)	Direzione PO	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Attivazione gruppo di lavoro informatizzazione	Direzione PO	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Documento di riorganizzazione (VALEOCON)	Direzione PO	Sì/No =		Sì		Sì		
Documento di riorganizzazione Informatizzazione	Direzione PO	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.6**	**Dipartimento Medico**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni decentrate a livello di singolo ospedale.	Nel corso del primo semestre sono stati convocati ed attuati n° 2 Comitati di Dipartimento. Nel corso dell'anno 2016 sono stati complessivamente convocati ed attuati n° 5 Comitati di Dipartimento e n° 2 riunioni decentrate, garantendo così quanto previsto dal nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di Comitati di dipartimento convocati e attuati	Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	2,00	7,00	67,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.2.1.7**	**Dipartimento Medico**			

Descrizione	Rendicontazione
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale	A Fidenza, nel corso del primo semestre, l'indice di performance delle prestazioni programmate è stato del 98% e quello delle urgenze differibili del 62 %.A Borgotaro , l'indice di performance è stato del 98% per le prestazioni programmabili e del 65% per quelle urgenti differibili. Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 98% per le prestazioni programmabili e del 64% per quelle urgenti. I dati riferiti all'anno 2016 evidenziano per l'Ospedale di Fidenza un indice di perfomance pari a 97% per le attività programmate e a 57% per le urgenze differibili, per l'Ospedale di Borgotaro un un indice di perfomance pari a 98% per le attività programmate, non essendo invece evidenziabile per le urgenze differibili. Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 97.5% per le prestazioni programmabili e del 57% per le urgenze differibili.

Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di Performance prestazioni programmabili	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	98,00%	975,00%	100,00%	
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	64,00%	57,00%	71,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.8**	**Dipartimento Medico**			

Descrizione	Rendicontazione
Valutazione di fattibilità per lo sviluppo delle funzioni di Day Service Ambulatoriale con riconversione attività oncologiche eseguite in regiome di DH in Day Service	Nel corso del primo semestre è' stato avviato il percorso di valutazione dell'esistente e di analisi delle indicazioni regionali in materia ed è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro. Nel corso del secondo semestre è stato prodotto dal gruppo di lavoro il documento di start up del progetto di riconversione delle attività oncologiche dal regime di Dh al regime di Day Service, sono stati implementati i software di prescrizione, preparazione e somminitrazione dei farmaci antiblastici (LOG 80) e di gestione dei DSA ed è stata effettuata la specifica formazione del personale per il loro utilizzo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale		Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione di documento di valutazione della fattibilità della riconversione	Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**2.2.1.9**	**Dipartimento Medico**			

Descrizione	Rendicontazione
Potenziamento dell'utilizzo dei supporti informatici alle attività cliniche ambulatoriali e di degenza.	Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata rispetto a tutte le prescrizioni di prenotazioni CUP è pari al 100%. Si preciosa che I dati CUP fanno riferimento a tutte le ricette associate a prenotazioni fatte in tutta la provincia dal 01/01/2016 al 30/06/2016 e nel conteggio sono comprese sia le ricette dematerializzate che quelle cartacee. Questi dati sono da considerarsi come una "approssimazione" del prescritto reale. E' stato effettuato, complessivamente per l'anno 2016, il conteggio relativo all'utilizzo del programma ricette dematerializzate rispetto a tutte le prescrizioni effettuate in prestazioni prenotate. Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata è stato complessivamente del 47,2 % a livello dipartimentale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo programma ricette dematerializzate	RIT	% >=	40,00%	50,00%	100,00%	47,20%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.10**	**Dipartimento Medico**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico .	Nel corso del primo semestre, sono stati individuati i PDTA oggetto di omogeneizzazione di livello dipartimentale: PDTA oncoematologico e PDTA Stroke. Sono stati formalizzati i gruppi di lavoro e convocati incontri specifici. Nel corso del primo semestre è stato attivato dall'Ufficio qualità un Audit interno di verifica sulla base della organizzazione di rete qualità/accreditamento preesistente alla dipartimentalizzazione; il percorso di omogeneizzazione verrà quindi avviato nel secondo semestre. Nel corso del secondo semestre i gruppi di lavoro hanno completato il percorso di revisione ed omogeneizzazione in ambito di Presidio unico dei due PDTA individuati. La rete dipartimentale dei referenti qualità/ Accreditamento è stata ridefinita di concerto tra i due Ospedali, secondo i criteri definiti dalla normativa DM n°70 2015, consentendone così la omogeneizzazione.

Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Omogeneizzazione di almeno due procedure/PDTA di livello dipartimentale	Direttore Dipartimento	Sì/No =		Sì		Sì		
Ridefinizione ed omogeneizzazione della rete dipartimentale dei Referenti qualità/accreditamento	Direttore Dipartimento	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.11**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni effettuate a livello di singolo ospedale.	Nel corso del primo semestre sono stati convocati n° 3 Comitati di Dipartimento nelle date: 21-01-2016; 11-02-2016; 21-04-2016" Nel corso dell'anno 2016 sono stati covocati n° 6 Comitati di Dipartimento, garantendo così quanto previsto dal nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		DGR 199 del 25/2/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di Comitati di dipertimento convocati e attuati	Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	3,00	6,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.12**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Organizzazione di percorsi locali e di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico, a garanzia del rispetto della normativa europea in tema di orario di lavoro	I Dirigenti Medici di area chirurgica di Fidenza hanno concorso alla copertura dei turni di guardia notturna e festiva presso la sede di Borgotaro come da calendari mensili della turnistica in atti presso il Servizio Presenze della sede stessa. Anche nel secondo semestre dell'anno 2016 I Dirigenti Medici di area chirurgica di Fidenza hanno concorso alla copertura dei turni di guardia notturna e festiva presso la sede di Borgotaro come da calendari mensili della turnistica in atti presso il Servizio Presenze della sede stessa.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		L 30 ottobre 2014, n° 161

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza dell'integrazione relativa alla organizzazione dei turni di guardia di area dipartimentale chirurgica a Borgotaro.	Direttore Dipartimento	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**2.2.1.13**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Riorganizzazione e coordinamento complessivo del percorso di accesso alla Procreazione Medicalmente Assistita, anche in rapporto a percorsi con il centro HUB.	E' stato definito, attraverso scambio di corrispondenza con AOSP di Parma, un percorso di formazione ed addestramento di un Dirigente biologo della UOS di Patologia clinca di Fidenza. L'elaborazione di un protocollo organizzativo complessivo è in corso. Nel corso del secondo semestre, è stato completato il percorso di addestramento della biologa per la funzione di laboratorio e sono state definite le modalità organizzative propedeutiche ad un percorso di rete con AOU con elaborazione di relativo protocollo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Coordinamento complessivo della funzione, anche rispetto alla fuznione di laboratorio, in convenzione con AOSP	Atti P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Elaborazione di protocollo organizzativo complessivo	Atti P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.14**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei Comparti Operatori del PO aziendale	Per la riorganizzazione dei Comparti Operatori aziendali sono stati attivati due progetti con finalità differenti ma intersecantisi tra loro. In particolare uno, affidato ad una Ditta di consulenza esterna (Valeocon) ha la finalità fornire indicazioni in ordine alla ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie attraverso alcuni correttivi da apportare alle criticità emerse dalla fase analitica. Il secondo progetto ha la finalità di implementare un sistema informatizzato di gestione del percorso chirurgico globalmente inteso, dal momento di inserimento in lista d'attesa fino all'intervento chirurgico e refertazione dello stesso su registro operatorio attraverso la programmazione della sala operatoria. Sono stati formalizzati 2 gruppi di lavoro con nota prot. n. 313 del 05/01/2016 (Valeocon) e con mail del 26/02/2016 (percorso chirurgico). Nel corso del secondo semestre, entrambi i percorsi sono stati conclusi. Il gruppo di progetto sulla informatizzazione del percorso chirurgico e sale operatorie ha prodotto la relazione conclusiva relativa alla prima fase del percorso, che ha consentito l'avvio dell'utilizzo del nuovo software di gestione del registro operatorio a partire dal 13 dicembre u.s. Il gruppo di lavoro coordinato dallla Ditta di consulenza esterna Valeocon ha raccolto le informazioni necessarie alla elaborazione del Documento finale, che è stato presentato in data 28 settembre u.s.

Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro (VALEOCON)	Direzione PO	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Attivazione gruppo di lavoro informatizzazione	Direzione PO	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Documento di riorganizzazione (VALEOCON)	Direzione PO	Sì/No =		Sì		Sì		
Documento di riorganizzazione Informatizzazione	Direzione PO	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.2.1.15**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Governo dei tempi di attesa per intervento chirurgico in priorità A	I tempi di attesa rilevati su dati retrospettivi (SDO) dalla RER per i primi 5 mesi dell'anno 2016 (ultimo dato disponibile) evidenziano per interventi chirurigci in priorità A il rispetto dei 30 giorni di attesa nell'85% dei casi. Per il secondo semestre, si evidenzia per gli interventi chirurgici per neoplasia di interesse regionale un tempo di attesa medio complessivo per il Presidio Ospedlaiero di 23,2 giorni medi di attesa, escludendo un singolo caso riferito a paziente con problematiche cliniche in corso

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempo di attesa per intervento chirurgico in priorità A	Direzioni Mediche di Ospedale	% =	100,00%	100,00%	85,00%	100,00%	85,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.2.1.16**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico a garanzia della continuità assistenziale e dell'equità di accesso, attraverso l'organizzazione di interventi di chirurgia di elevata complessità per patologia neoplastica, presso la sede ospedaliera dotata di Terapia Intensiva rianimatoria.	Nel corso del primo semestre non vi sono stati casi di complessità elevata tale da essere espletati presso la sede di Fidenza. La condizione si è confermata anche nel corso del secondo semestre.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	DGR 2040/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Dip. Chirurgico	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**2.2.1.17**	**Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Compilazione check list di sicurezza in tutti gli interventi chirurgici in elezione	Nel corso del primo semestre, presso tutte le sale operatorie dei comparti operatori del Presidio Ospedaliero sono state compilate le check list per tutte le sedute elettive. La valutazione complessiva dei dati 2016 evidenzia come il dato di compilazione delle check list sia in linea con il valore finale atteso per le UU.OO. afferenti all'Ospedale di Borgotaro, al di sotto del valore atteso per le UU.OO. afferenti all'Ospedale di Fidenza, pur tenedo conto del fatto che per l'Ospedale di Borgotaro sono compresi anche gli interventi chirurgici effettuati in urgenza, mentre presso l'Ospedale di Fidenza non vengono compilate le check list per gli interventi in urgenza.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D6	Adozione della check list di sicurezza della sala operatoria	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Copilazione della check list di sicurezza in tutti gli interventi non inseriti come "Urgenza" nel registro opera	Direzioni Mediche di Ospedale	% >=	70,00%	95,00%	70,00%	548,00%	100,00%	

Settore	2.2.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub & spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete. Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.
Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.2.2.1**	**Parto - Percorso Nascita**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)	Nel 2016 si è proseguito nella promozione della partoanalgesia e nell'Ospedale di Vaio sono stati espletati 271 parti con analgesia epidurale. Per l'anno 2016, sono stati verificati gli indicatori riportati attraverso dati desumibili dal flusso CedAP . Il tasso di parti cesarei nella classe I di Robson , direttamente desumibile dalla reportistica predefinita CedAP, è pari a 8.8%. L'indicatore percentuale di tagli cesarei primari viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna) e risulta pari a 24,5% per l'Ospedale di Borgo Val di Taro e di 16,3% per l'Ospedale di Fidenza. L'indice della dispersione della casistica in stabilimenti < a 500 parti/anno viene calcolata come percentuale di parti in stabilimento < 500 parti/anno rispetto al n° totale di parti in provincia di Parma e il dato risulta pari a 3,3%; a tal proposito occorre sottolineare come sia in corso un processo di revisione organizzativa del percorso nascita presso lo stabilimento di BVT. La percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) viene calcolata come percentuale di TC elettivi non effettuati rispetto al n° totale di TC elettivi programmati ed è pari a 0,00% sia per l'Ospedale di BVT che per l'Ospedale di Fidenza. La percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno è stata calcolata come percentuale di parti in regime di ricovero in punti nascita > 500 parti/anno rispetto al n° totale di ricoveri per parto in provincia di Parma ed è pari a 96,6%

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per SPOKE (valore medio degli spoke con numero parti >1.000)	specifico flusso di riferimento	% <=		6,50%		8,80%		
Percentuale di tagli cesarei primari per SPOKE	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		17,20%		
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		3,30%		
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) per SPOKE con numero parti <1.000	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		0,00%		
Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		96,60%		

Area	3	ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE

Sub-Area	3.1	L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria

Settore	3.1.1	Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le linee di sviluppo delle attività ospedaliere, sia di degenza che ambulatoriali, nel 2016, dovranno mantenere ed incrementare il forte orientamento a razionalizzare i rapporti di collaborazione, sia nei sistemi di rete hub / spoke, sia nell'erogazione coordinata delle funzioni di base, per il bacino d'utenza provinciale. Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza, si continuerà la riconversione di attività nel setting più appropriato di assistenza. Il miglioramento dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati resta obiettivo complessivo di sistema provinciale, tenendo conto anche della funzione complementare del privato accreditato, che svolge un ruolo importante sui tre ambiti dell'accesso al ricovero in urgenza (Cruscotto), dell'erogazione di prestazioni di ricovero ad alta domanda (interventi chirurgici con liste d'attesa critiche) e nell'ambito della post acuzie . Delle precedenti premesse dovrà farsi carico l'Accordo contrattuale di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	3.1.1.1	Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2016			

Descrizione	Rendicontazione
Aggiornamento,condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2016 .	L'approvazione della DGR che ha ratificato le linee di programmazione e finanziamento annuali per le aziende del Servizio Sanitario Regionale, è avvenuta in data 28 giugno (DGR 1003/2016). L'aggionamento del Piano delle Azioni 2016, sulla base dei nuovi obiettivi regionali, è stato perciò necessariamente fatto nel 2° semestre. Si è comunque operato sulla base del documento di proposta, che è stato ratificato dalle due Direzioni Generali in data 15.11.2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Generale	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.1.1.2**	**Gestione interaziendale del Cruscotto per i ricoveri in acuzie**			

Descrizione	Rendicontazione
Gestione integrata, tra le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Usl, delle disponibilità e dell'effettivo utilizzo del Cruscotto provinciale del ricovero in acuzie (ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOU di Parma agli Ospedali Privati Multispecialistici) .	La gestione integrata del "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie" ha dato un contributo determinante per far fronte ai picchi di richieste di ricovero al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nei periodi di maggiore pressione delle richieste di ricovero, sul Pronto Soccorso di AOUPR.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report direzioni sanitarie	Direzioni sanitarie	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.1.1.3**	**Destinazione di posti letto di lunngodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma**			

Descrizione	Rendicontazione
Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockes nell'Azienda Ospedaliera di Parma	Nel contratto di fornitura stipulato con la Casa di Cura Privata Accreditata Città di Parma, il numero dei posti letto di Lungodegenza Post - Acuzie riservati ai pazienti inviati dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma è stato aumentato di due, passando da 7 a 9. La disponinibilità di ricovero in LPA è stata costantemente garantita.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.1.1.4**	**Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale**			

Descrizione	Rendicontazione
Collaborazione strutturata tra le Direzioni Sanitarie di AOU di Parma ed AUSL di Parma, con l'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e con le associazioni del Volontariato del Sangue, per le attività di committenza del Sistema sangue Provinciale, attraverso gli organismi collegiali provinciali di coordinamento (COBUS Interaziendale e Consulta Sangue Provinciale).	Il COBUS INTERAZIENDALE si è riunito il 31 marzo ed il 29 giugno 2016, per affrontare il tema dell'attuazione del DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". La nuova Consulta Provinciale Sangue si è insediata il 23 marzo 2016 e si è riunita successivamente il 28 settembre 2016. Le Direzioni Sanitarie delle due Aziende, Ospedaliera e Territoriale, hanno collaborato fattivamente con la Direzione del SIMT, per assicurare le sinergie di attuazione dei nuovi dispositivi, nazionali e regionali, in tema di gestione del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale: Verbali riunioni	Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Sub-Area	3.2	Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

Settore	3.2.1	Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Un ambito strategico di integrazione, nel bacino d'utenza della provincia di Parma, è quello delle collaborazioni strutturate “interaziendali”, tra le due Aziende Sanitarie, Ospedaliera e Territoriale. La dimensione interaziendale di integrazione, anche in virtù del fatto che si tratta del medesimo ambito provinciale, si ritiene individui un'opportunità realmente favorevole, sia per le logiche di perseguimento della riduzione costi e dell’efficienza, sia per una gestione coerente, ai fini di una omogeneizzazione di metodi e percorsi, di contiguità e continuità, nei servizi e nelle prestazioni. Collaborazioni professionali più intense, processi amministrativi e tecnici comuni, ovvero unificati, od almeno approcciati in modo analogo, non possono che offrire un significativo valore aggiunto al sistema sanitario provinciale, unitariamente inteso. Gli impegni assumibili dal sistema sanitario provinciale per il 2016, si collocano in diretta continuazione con i progetti e le realizzazioni già implementate nel triennio 2013 - 2015.	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	3.2.1.1	Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta ed istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale			

Descrizione	Rendicontazione
Il consolidamento ed il potenziamento delle attività già avviate nell'anno 2015 avrà il naturale sviluppo con l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale	La costituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale è stata rallentata dalla necessità di revisione del Regolamento, che non è stata completata entro l'anno. La distribuzione dei farmaci presso il Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta ha registrato un incremento dell'importo totale, da 25.247.069,27 del 2015 a 32.668.216,93 del 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.2.1.2**	**Sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento delle strutture / attività già realizzate ed ulteriore implementazione del progetto.	Nel Gennaio si è riunito per la prima volta il Coordinamento del Polo, costituito dai referenti di UOC e dai responsabili di area quali della Neurofisiologia , della Neuropatologia, Neuropsicologia, delle attività formative, dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle linee guida e delle attività dei servizi territoriali. Da ultimo si è aggiunto il responsabile della ricerca e formazione. Per la formazione si sono organizzati incontri per illustrare le attività a livello di: Day-service, Distretto, Casa della Salute, Dipartimento delle Cure primarie, Nuclei di Cure primarie. Si è iniziato a predisporre i PDTA per patologia quali Stroke ed Epilessia. Si è avviata la organizzazione di un Servizio integrato di Neurosonologia specie presso la UOC di Vaio. Si è quindi incominciato a predisporre le Reti assistenziali ospedale-territorio, partendo da quelle esistenti quali Rete della SM e Rete delle Demenze. Quindi si è predisposta la Rete di Assistenza alla SLA, presentata e approvata dalla Direzione. Lo stesso si è fatto sul problema delle OSAS, con l'integrazione dei Servizi delle due aziende, percorso che è prossimo alla partenza col Servizio Territoriale presso la Casa della Salute di via Pintor. Si sono avviate le procedure per la programmazione delle attività all'interno del Progetto della CE Horizon 2020 denominato ACTIVAGE sull'adeguamento delle abitazioni delle persone che hanno presentato uno Stroke.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.2.1.3**	**Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.**			

Descrizione	Rendicontazione
Copertura dell'incarico di Responsabile della UOS Dipartimentale di Patologia Clinica dell'Ospedale di Fidenza, attraverso l'affidamento ad un Dirigente Medico in comando dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Razionalizzazione di percorsi diagnostici integrati di rete.	Il comando del Dirigente Medico proveniente dall'AOUPR è stato prorogato fino al 31.12.2016, con conferma dell'attribuzione della Responsabilità della Struttura Semplice Dipartimentale di Patologia clinica. Le due Strutture Semplici Dipartimentali di Fidenza e Borgo Val di Taro hanno continuato il percorso di omogeneizzazione delle modalità operative e delle metodologie analitiche.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.2.1.4**	**Sviluppo di percorsi interaziendali per l'insufficienza renale cronica**			

Descrizione	Rendicontazione
Gestione dell'affidamento al nuovo gestore della fornitura in service dei trattamenti dialitici extracorporei, comprensiva degli approvvigionamenti e dei magazzini presso i Centri Dialisi ad Assistenza Limitata, affidati all'AUSL di Parma, nell'ambito del PDTA interaziendale per la prevenzione edi il controllo della progressione della Malattia Renale Cronica. Direzione dell'esecuzione del contratto, a cura di Dirigente Medico della Direzione Sanitaria Aziendale dell'AUSL di Parma.	Nel marzo 2016 si è completata la presa in carico aziendale della gestione dei Centri Dialisi territoriali e l'affidamento del service dei trattamenti dialitici alla nuova ditta aggiudicataria, previo subentro dell'AUSL nella titolarità degli stessi, come da autorizzazioni rilasciate dai corrispondenti Comuni. Diversamente dal passato, il nuovo service comprende i soli trattamenti dialitici e la gestione dell'approvvigionamento dei magazzini per quanto riguarda il materiale richiesto dalle apparecchiature dialitiche, vale a dire filtri, linee, concentrati. Tutto il restante materiale sanitario ora è di competenza del Servizio Farmaceutico, del Magazzino economale e del Servizio logistica. E' stato pertanto necessario , in contraddittorio con ATI Dialpoint, l'inventario del materiale da essa fornito, degli arredi e di tutti gli impianti. I vari servizi (SAT, logistica, ingegneria clinica, acquisizioni ecc.) si sono attivati per quanto di loro competenza. In tutti i Centri Dialisi aziendali sono state sostituite tutte le apparecchiature dialitiche ed il personale sanitario è stato formato al loro utilizzo. L'addestramento, grazie alla collaborazione fattiva di tutti gli infermieri, si è completato in tempi molto brevi, evitando ai pazienti ogni possibile disagio. Le terapie dialitiche, diversificate in base alle esigenze cliniche dei pazienti, sono state erogate come era preventivato, integrando la terapia sostitutiva con metodiche sofisticate ed eslusive. La Direzione tecnico-sanitaria di A. USL si incontra con cadenza bisettimanale con la Direzione della Nefrologia di AOUPR. il trasferimento bidirezionale dei pazienti, da AOUPR ad AUSL e viceversa, viene sempre concordato dalle due Direzioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**3.2.1.5**	**Sviluppo di un modello organizzativo per la individuazione e realizzazione di percorsi in area riabilitativa**			

Descrizione	Rendicontazione
Revisione del progetto ed avviamento di ambiti strutturati di collaborazione, in particolare per quanto attiene ai rapporti tra Azienda Ospedaliera di Parma e Distretto di Parma.	La ripresa dei lavori istruttori propedeutici alla realizzazione dei percorsi integrati, di area riabilitativa, tra l'AOUPR di Parma e l'AUSL di Parma ha avuto nel secondo semestre un forte rilancio delle due Direzioni Sanitarie Aziendali, che hanno assunto l'iniziativa per promuovere la costituzione di un nuovo gruppo di lavoro interaziendale, coordinato dal Direttore della UOC di Fisiatria dell'AOUPR. Si è dato l'obiettivo di revisionare il documento costitutivo entro il primo trimestre dell'anno 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	3.3	Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale

Settore	3.3.1	Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La rete degli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma costituisce da tempo un sistema complementare ed integrativo della produzione assicurata dagli Ospedali Pubblici, contribuendo in modo determinante ad assicurare l'autosufficienza del bacino d'utenza provinciale. L'offerta assicurata dagli ospedali Privati Accreditati è completa, articolandosi in tre ospedali multispecialistici, tre ospedali monospecialistici di riabilitazione ed un ospedale monospecialistico psichiatrico. L'offerta in ambito riabilitativo comprende anche una struttura con carattere di hub per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, che ha bacino d'utenza a carattere regionale e nazionale.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**3.3.1.1**	**Casa di Cura "Città di Parma"**			

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, nei limiti del budget concordato.	Nell'anno 2016 l'Ospedale Privato Città di Parma ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 491 invii di ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Ha dato un contributo molto significativo al governo provinciale dei ricoveri in acuzie, rendendosi disponibile ad aumentare la recettività nei momenti di maggiore crisi di disponibilità di posti letto.

Obiettivi Performance	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del cruscotto	Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.2**	**Casa di Cura "Città di Parma"**			

Descrizione	Rendicontazione
Conferma della chiusura del punto nascita e delle riconversioni/incrementi produttivi concordati con il protocollo d'intesa di cui alla Deliberazione n. 428 del 15.07.2014.	La chiusura del Punto Nascita è stata confermata, orientando l'attività della disciplina codice 037 in ambito ginecologico. Nel contratto di fornitura, repertoriato in data 28.06.2016, all'art. 2, è stato previsto un importo finalizzato ad incrementare la produzione nei DRGs della MDC 8, per interventi di chirurgia ortopedica soggetti ad elevata mobilità passiva ed a lunghi tempi d'attesa, con la precisazione che il relativo importo assorbe anche i valori pattuiti in relazione al superamento del punto nascita.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A4	Adeguamento della rete dei punti nascita	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.3**	**Casa di Cura "Città di Parma"**			

Descrizione	Rendicontazione
Riserva di 7 posti letto di lungodegenza per i trasferimenti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.	Nel Contratto di Fornitura, all'art. 3, punto 2.3, è stato pattuito l'incremento da 7 a 9 dei posti letto codice 60 (LDPA) da riservare a pazienti trasferiti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, in degenza post - acuta. Detta riserva di posti letto è stata costantemente utilizzata per lo scopo previsto a contratto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.4**	**Hospital Piccole Figlie**			

Descrizione	Rendicontazione
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma/Ospedale di Vaio all'interno del budget di struttura.	Nell'anno 2016 l'Ospedale Privato Hospital Piccole Figlie ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 237 invii di ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Il contratto di fornitura ha confermato la partecipazione dell'Ospedale Privato Hospital Piccole Figlie al "Cruscotto Provinciale dei ricoveri in acuzie".

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.5**	**Val Parma Hospital**			

Descrizione	Rendicontazione
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma all'interno del budget di struttura.	Nell'anno 2016 l'Ospedale Privato Val Parma Hospital ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 345 invii di ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. L'accordo sul cruscotto è stato recepito dal contratto di fornitura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.6**	**Val Parma Hospital**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra	L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva (con piano individuale redatto da Medico Fisiatra) è stato recepito dal contratto di fornitura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.7**	**Villa Maria Luigia**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza afferente all'Azienda USL di Parma, con il governo del DAISM ("Cruscotto provinciale dei ricoveri psichiatrici").	L'accordo sull'utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza dell'AUSL di Parma, con il governo del DAISM, nell'ambito del "Cruscotto Provinciale per la Psichiatria", è stato recepito dal testo del contratto di fornitura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.8**	**Villa Igea**			

Descrizione	Rendicontazione
Conferma della messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto cod. 56 e cod. 60, per trasferimenti di ricoverati da posti letto per acuti, con priorità di utilizzo per l'Ospedale di Fidenza.	L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva cod. 56 ed estensiva cod. 60, per trasferimento da posti letto per acuti, con priorità per l'Ospedale di Fidenza, è stato recepito dal contratto di fornitura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.9**	**Centro Cardinal Ferrari**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo in rete provinciale di 6 posti letto codice 75 Valutazione e trattamento del dolore nel 100% dei casi.	L'accordo sull'utilizzo dei posti letto GRACER è stato ratificato dal contratto di fornitura, repertoriato il 28.06.2016. Negli accessi per i controlli sanitari SDO - Cartella Clinica viene fatta la verifica della valutazione e del trattamento del dolore.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza scheda dolore compilata in cartella	Atti Direzione saniatria	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**3.3.1.10**	**Centro Don Gnocchi**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva.	L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva cod. 56 ed estensiva cod. 60, per trasferimento da posti letto per acuti, con priorità per l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e per l'Ospedale di Fidenza, è stato recepito dal contratto di fornitura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	3.4	Monitoraggio della mobilità passiva

Settore	3.4.1	Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La mobilità sanitaria passiva, quando assume caratteristiche che la fanno dipendere da carenze quali - quantitative dell'offerta in ambito provinciale, rappresenta un fenomeno da osservare e valutare con particolare attenzione ed approfondimento, al fine di mettere in atto con tempestività idonee misure di contrasto	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**3.4.1.1**	**Monitoraggio della mobilità sanitaria passiva**			

Descrizione	Rendicontazione
Valutazione periodica dell'andamento della mobilità passiva, a confronto con la produzione delle strutture ospedaliere della rete pubblica e privata accreditata provinciale, ai fini di evidenziazione precoce di variazioni meritevoli di azioni correttive.	La valutazione della mobilità passiva è stata necessariamente focalizzata sulla fuga verso strutture di altre province della regione. I flussi di mobilità di compensazione extraregionale sono infatti molto in ritardo, per problemi di livello nazionale. Il monitoraggio è stato realizzato dall'Ufficio Mobilità della Direzione Sanitaria, sia con estrazioni rutinarie, che con approfondimenti mirati, su richiesta del Direttore Sanitario e dei suoi collaboratori.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Sub-Area	3.5	Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere

Settore	3.5.1	Inquadramento generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
L'azienda USL di Parma, nel campo dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere, si avvale di una funzione di coordinamento di livello aziendale, qualificata con incarico di alta specializzazione; e di collaborazioni specialistiche, a livello delle direzioni mediche di ospedale, delle direzioni dei dipartimenti delle cure primarie e della direzione del DAISM-DP. Le attività di controllo si realizzano con valutazioni di casistica, effettuate sulla banca dati delle schede SDO; e con accessi alle strutture della rete ospedaliera, da parte di nuclei ispettivi, che svolgono valutazioni di congruenza e di qualità, sulle cartelle cliniche. Gli accessi sono periodici (di norma quando sono disponibili i dati trimestrali in Banca ddati SDO); od estemporanei, per evidenziazione di fenomeni meritevoli di approfondimento. In questi ultimi casi, vengono costituite commissioni ad hoc.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	3.5.1.1	Controlli anagrafici e di residenza			

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione dei controlli anagrafici/di residenza sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione Emilia-Romagna, con il rispetto dei termini di contestazione.	I controlli anagrafici/di residenza sono stati effettuati sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione, nei termini previsti per le contestazioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		DM Salute 10/12/2009 pubblicato si GU n.122 27/5/2010

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**3.5.1.2**	**Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati**			

Descrizione	Rendicontazione
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione analizzabile nel 2015 degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, anche ai fini di valutazione qualitativa, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, con l'utilizzo di: -Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; -Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico.	I controlli sugli ospedali privati accreditati siti in provincia di Parma sono stati realizzati su campioni estratti nelle percentuali di legge da banca dati regionale, costituendo i nuclei ispettivi in composizioni adeguate ad una valutazione su piani differenziati, comprendenti sia ambiti di approfondimento organizzativi, sia analisi con contenuti specifici professionali. Sono stati fatti approfondimenti specifici di singoli casi segnalati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		DGR 354/2012

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Database regionale "Portale controlli"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati	Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**3.5.1.3**	**Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta**			

Descrizione	Rendicontazione
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione analizzabile nel 2015 sugli ospedali pubblici a gestione diretta , secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, anche al fine del miglioramento della qualità, con l'utilizzo di: - Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; - Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico	Le valutazioni effettuate sugli ospedali direttamente gestiti si sono poste l'obiettivo di superare il mero rispetto delle percentuali di legge, per costruire un positivo confronto con le strutture ed i loro professionisti, ai fini di individuare prospettive di miglioramento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		DGR 354/2012

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati	Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì		Sì		

Area	4	AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Sub-Area	4.1	AREA TRASVERSALE

Settore	4.1.1	Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo scenario attuale è caratterizzato da una parte dall'aumento costante dei problemi legato all'invecchiamento della popolazione e in generale al tema della non autosuffcienza, alle crescenti difficoltà delle famiglie con minori e al disagio giovanile, al tema delle nuove povertà , alle complesse problematiche realtive all'immigrazione, dall'altra dalla severa riduzione delle risorse a disposizione sia degli Enti che dei cittadini, in un contesto istituzionale e organizzativo complesso e in trasformazione. Negli ultimi anni emerge, inoltre, il tema drammatico della violenza sulle donne, particolarmente sul versante domestico e della violenza sui minori, diretta e assistita. In tale quadro gli obiettivi di integrazione socio sanitaria sul piano istituzionale, organizzativo e professionale diventano obbligatori per assicurare risposte efficaci ai bisogni delle persne e utilizzo ottimale delle risorse. Nel 2016 gli obiettivi principali che si intendono perseguire sono i seguenti:
1) rafforzamento del Gruppo per l'Integrazione quale strumento tecnico a supporto della CTSS e luogo di confronto e condivisione di linee e progettualità;
2) sviluppo dell'equità di accesso ai servizi socio sanitari mediante la qualificazione ed omogeneità dei criteri di valutazione delle UVG/UVM e la condivisione di criteri di priorità;
3) miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio;
4) sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;
5) sviluppo di programmi di prevenzione per anziani fragili;
6) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza, nonchè sviluippo e consolidamento del Centro per il
cambiamento degli uomini violenti;
7) prosecuzione, in stretta interazione con lo Spazio Salute Immigrati e in collaborazione con CIAC, delle azioni di accoglienza e tutela socio sanitaria degli immigrati richiedenti asilo e vittime di tortura.

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.1.1**	**Integrazione interistituzionale e interprofessionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, quale ambito in cui vengono condivise le linee di programmazione dell'area socio sanitaria, definiti indirizzi omogenei nella programmazione, gestione e riequilibrio del FRNA e FNA e vengono confrontate e diffuse le progettualità innovative. Mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei Piani di Zona a livello distrettuale, di rappresentanti AUSL, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali, interprofessionali e per l'elaborazione congiunta delle linee programmatiche sanitarie.	1. Il Gruppo per l'integrazione socio-sanitaria, su mandato della CTSS, ha proseguito l'attività di coordinamento interdistrettuale e interistituzionale finalizzato al confronto e all'individuazione di linee comuni di programmazione e realizzazione della committenza, effettuando in particolare attività di istruttoria tecnica relativamente alle diverse tematiche socio-sanitarie trattate dalla CTSS. Il Gruppo ha affrontato diverse problematiche, in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS. In tale ambito, sono stati confrontati gli indirizzi di programmazione e verifica del FRNA. Sono stati condivisi i processi in atto, con particolare riferimento a: a) monitoraggio dei contratti di servizio e dell'applicazione della DGR 273/2016; b) validazione di linee omogenee per la gestione della morosità; c) costituzione gruppo di lavoro per l'elaborazione di Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario da sottoporre alla CTSS; d) monitoraggio attività OTAP; e) costituzione Gruppo di Lavoro per la definizione di linee d'intervento per la prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona; monitoraggio dei lavori, discussione e approvazione documento f) costituzione di gruppo di lavoro per la definizione di una bozza di regolamento delle Case famiglia da proporre ai Comuni per l'adozione di regolamenti comunali e monitoraggio dei lavori, discussione e approvazione documento g) definizione del percorso di attuazione del Protocollo Tutela minori. 2 .Attraverso la presenza dei professionisti dell'Azienda, si è collaborato nell'ambito degli Uffici di piano distrettuali per l'elaborazione e la realizzazione di progettazioni integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
E6	Monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA, e FSR	DGR 509/2007 DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero <=	3,00	6,00	3,00	6,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**4.1.1.2**	**Area Anziani - Verifica e monitoraggio continuità assistenziale ospedale-territorio**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione del confronto in gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali, per la definizione di percorsi di miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare riferimento alle dimissioni protette dall' Azienda Ospedaliero Universitaria sia sul piano dei processi intra ed extra ospedalieri che dell'offerta territoriale.	La DASS ha partecipato ai Gruppi di Lavoro individuati dalle Direzioni Sanitarie dell'AUSL e AOU, finalizzati a produrre misure di intervento e linee operative atte ad assicurare interventi proattivi sanitari e socio sanitari per ridurre il rischio di ospedalizzazione, percorsi integrati di continuità asistenziale ospedale-territorio, percorsi di integrazione con le CRA per il miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle medesime con conseguente riduzione dell'ospedalizzazione. Nel 1° semestre i gruppi hanno effettuato tre incontri definendo una prima analisi e traccia progettuale che è stata presentata alle Direzioni Aziendali per il proseguo del percorso. Nel 2° semestre si è proceduto alla revisione e definizione del protocollo per le dimissioni protette e difficili, e alla definizione del progetto di miglioramento della assistenza sanitaria nelle CRA.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00	4,00	4,00	12,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.3**	**Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari**			

Descrizione	Rendicontazione
Approfondimento e confronto in gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali (UVG/UVM- SAA-Uffici di Piano) per la condivisione di percorsi di valutazione e di criteri omogenei di priorità di accesso ai servizi ed interventi.	Area Anziani A seguito delle integrazioni introdotte dalla DGR 1423/2015 e a quanto previsto dalle DGR 514/2009 e 715/2015, per quanto riguarda i parametri di personale infermieristico ed in particolare la presenza infermieristica 24 ore su 24 nelle strutture che accolgono anziani non autosufficienti “con elevate necessità socio sanitarie", è stato condotto un percorso di approfondimento con la Direzione Generale, i Direttori di Distretto, i Professionisti delle UVG e i Responsabili dei SAA, attraverso il quale sono stati definiti e condivisi i criteri finalizzati ad assicurare l’applicazione omogenea della normativa e appropriatezza di accesso nelle CRA. Area disabilità Facendo seguito al mandato della CTSS e del Gruppo per l'Integrazione del 2015, sono terminati i lavori con i professionisti di area sociale e sanitaria individuati dai Direttori di Distretto e dagli Uffici di Piano. Il gruppo di lavoro ha operato sulle linee guida della CTSS ed ha elaborato il documento “Area Disabili. Unità di Valutazione Multidimensionale e criteri di valutazione” nel quale sono definiti: - i destinatari degli interventi; - il ruolo e le funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionali; - la composizione delle Unità di Valutazione Multidimensionali; - la modalità di accesso al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza; - l’identificazione di criteri omogenei di valutazione e l’indicazione delle scale di valutazione da adottare. Nel documento, inoltre, è inserita la scheda di valutazione in cui sono raccolte in modo sistematico i dati di carattere sanitario e sociale delle persone disabili seguite dai servizi: tali informazioni sono propedeutiche alla predisposizione del progetto assistenziale o educativo individualizzato ed alla successiva identificazione del servizio della rete maggiormente adatto per le singole tipologie di disabilità. L’Unità di Valutazione Muldimensionale, infatti, ricopre un ruolo fondamentale in quanto tutte le situazioni delle persone disabili seguite dai servizi territoriali devono essere valutate dalla stessa ed i conseguenti interventi devono essere validati per appropriatezza tecnico/professionali dalle UVM.

Obiettivi Performance	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	Riferimento Normativo	DGR 1206/2007

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.3**	**Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari**			
				DGR N.172/2015	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00	4,00	7,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.4**	**Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili**			

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti e nell'ambito del processo di accreditamento, sviluppo di percorsi di miglioramento della qualità dell'accoglienza e della cura con particolare riferimento a: - miglioramento della qualità dell'alimentazione e della nutrizione per i soggetti anziani e disabili, accolti nelle strutture e affetti da disfagia, attraverso la definizione di indirizzo da adottare in modo omogeneo per l'identificazione e la gestione delle persone disfagiche da diffondere anche attravero la realizzazione di percorsi formativi rivolti ai caregivers formali e informali.	In accordo con la Direzione Sanitaria è stato attivato un gruppo di lavoro per la definizione di indirizzi comuni in materia di valutazione e gestione della disfagia nei servizi socio sanitari per anziani e disabili. Il gruppo è stato suddiviso in 3 sottogruppi per area tematica: 1) percorso diagnostico e terapeutico, 2) Aspetti assistenziali e riabilitativi, 3) Aspetti della nutrizione e dell'alimentazione, con il coordinamento dei Referenti dell'Area Anziani (Loss) e dell'Area Disabili (Adorni), della Dr.ssa Dardani e Dr.ssa Padula. I sottogruppi, attraverso 16 incontri, hanno redatto il documento "Raccomandazioni per la valutazione e gesione della disfagia nei servizi socio sanitari" che è stato presentato al gruppo esteso nel mese di dicembre.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 514/2009

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	16,00	16,00	100,00%	
Redazione documento	Documento	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.5**	**Area Anziani - Mappatura e monitoraggio Anziani fragili**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo del progetto "Gestione attiva della fragilità", avviato negli anni precedenti nel Distretto Valli Taro e Ceno, attraverso la redazione del report di ricerca relativo al Comune di Fornovo di Taro e la presentazione del medesimo al Comune e al Distretto.	È stato elaborato il documento finale della mappatura dei 609 anziani >74 anni, residenti nel comune e non in carico ai servizi sociali e socio sanitari. Il report è stato presentato al Sindaco, all'Assessore e ai Consiglieri comunali, ai MMG, all'ASP Rossi Sidoli, ai professionisti sociali e sanitari e a tutte le Associazioni di Volontariato presenti nel territorio per la prosecuzione del progetto.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 514/2009

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
redazione e presentazione report	Report	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.6**	**Area Disabili – Ricerca "Qualità di vita per le disabilità"**			

Descrizione	Rendicontazione
La Direzione Attività Socio Sanitarie continua a seguire la ricerca in atto per tutto quanto concerne gli atti amministrativi di propria competenza, nonché per il monitoraggio e supporto all'équipe di lavoro costituita da professionisti incaricati dello svolgimento della stessa ricerca	È proseguita la ricerca "Qualità di vita per le disabilità" che ha coinvolto tre borsiste psicologhe il cui compito è stato quello di somministrare scale di valutazione psicologica a disabili adulti in carico ai servizi dell'area disabilità in capo agli Enti locali. Sono stati organizzati cinque incontri con le borsiste psicologhe finalizzati a verificare l'andamento della ricerca, ad evidenziare eventuali problemi e ad individuare le conseguenti soluzioni. Nel mese di luglio 2016 è stata ultimata la somministrazione delle scale di valutazione ai soggetti adulti campionati. Complessivamente il numero di persone a cui è stato somministrato il set di scale ammonta a 193, su un totale di 879 persone invitate a partecipare alla ricerca, pari al 21,96%. Le motivazioni per le quali la maggior parte delle persone contattate non ha voluto partecipare alla ricerca sono diverse: • paura che tale indagine potesse apportare delle modifiche nonché togliere i benefici economici erogati, tentativi di truffa; • rabbia per vissuti di abbandono da parte dei servizi; • demoralizzazione: "tanto non cambierà nulla"; • aspettative irrealistiche: "se partecipo avrò un lavoro?"; possibili benefici economici; assegnazione di un alloggio; • periodi critici di vita (aggravamento della malattia, lutti); • iniziale interesse trasformatosi in mancanza di disponibilità per ripensamenti o per "poco tempo a disposizione" (sia da parte degli utenti che operatori-legali rappresentanti); • appuntamenti fissati e non disdetti. Per ogni incontro con le psicologhe sono state raccolte le firme ed è stato redatto apposito verbale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		L. 18/2009 DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con l'équipe di ricerca	Foglio firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	4,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.7**	**Area gravi disabilità acquisite – Definizione criteri di accesso ai servizi**			

Descrizione	Rendicontazione
La commissione aziendale per le gravi disabilità acquisite, in un'ottica di equità di offerta di servizi ed interventi, dovrà operare al fine di rivedere la documentazione per la valutazione dei pazienti Gra.D.A. definendo percorsi di accesso ai servizi della rete.	La commissione aziendale Gra.D.A., ricostituita alla fine del 2015 con delibera aziendale n. 840 del 11/12/2015, ha ricevuto il mandato di rivedere la documentazione attualmente in uso per renderla maggiormente aderente ai mutamenti societari e famigliari che si sono verificati in questi ultimi anni e, contestualmente, più fruibile dai professionisti che costituiscono le commissioni distrettuali Gra.D.A. La documentazione rielaborata dovrà garantire, nella sua applicazione, una maggiore equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari della rete provinciale a favore delle persone adulti e minori con grave disabilità acquisita ai sensi di quanto disposto dalle attuali delibere regionali in materia (DGR 2068/2004 e 840/2008). I lavori della Commissione, durati tutto l'anno 2016, hanno portato alla stesura della seguente documentazione: - "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi per minori ed adulti con gravissima disabilità" in cui sono delineati i percorsi di accesso ai servizi della rete, area adulti e minori, con la specifica dei criteri di accesso e di uscita dalla rete Gra.D.A., il set di scale di valutazione da impiegare nella fase di valutazione e la specifica del ruolo delle diverse figure specialistiche; - "Scheda per la Valutazione Multifunzionale dei pazienti con grave disabilità acquisita" la cui compilazione da parte delle figure professionali che operano a livello territoriale è indispensabile per individuare la tipologia di servizio che meglio risponde alle esigenze di natura sanitaria e sociale della persona valutata con grave disabilità acquisita. Rispetto alla versione precedente, questa scheda è stata riorganizzata per aree di intervento e valutazione (sanitaria e sociale), è stata elaborata ed inserita la modulistica relativa al consenso informato ed è stata aggiunta integrata con le schede di rilevazione del dolore, obbligatoria successivamente all'approvazione della L. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e dalle direttive regionali". Per ogni incontro sono state raccolte le firme presenza ed elaborati i relativi verbali.

Obiettivi Performance	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	Riferimento Normativo	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri di coordinamento con la commissione aziendale	Foglio firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	6,00	9,00	100,00%	
Redazione documentazione	Documentazione	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**4.1.1.8**	**Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza sulle Donne e sulle Fasce Deboli**			

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con quanto realizzato a livello dei servizi aziendali e nella interazione operativa tra questi e i servizi della rete territoriale sul sostegno e l'assistenza alle donne vittime di violenza, ci si pone l'obiettivo di sviluppare "percorsi privilegiati" di presa in carico e protezione delle vittime includendo anche minori, anziane, immigrate, disabili, omosessuali, coinvolgendo tutti i soggetti firmatari del Protocollo promosso dalla Prefettura di Parma a formare una rete articolata di realtà istituzionali e del privato sociale in stretto raccordo tra di loro. L'impegno aziendale si caratterizzerà in particolare nella partecipazione agli incontri dedicati che si terranno in Prefettura per la definizione e l'attuazione dei percorsi di cui sopra.	La cronaca quotidiana riporta drammaticamente quanto sia fondamentale l'opera dei Servizi istituzionali e del Terzo settore nella prevenzione e nel contrasto della violenza domestica e di genere. La partecipazione aziendale alla rete territoriale è significativa sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico), sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime. Incontri di verifica e collaborazioni nella promozione di convegni, ma anche impegni diretti e integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari: promosso e organizzato il 1° ottobre 2016 un seminario rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di tutta la provincia, quali nodi importanti della rete territoriale, aperto anche ad altri operatori sociali e sanitari. Un evento partecipato, condotto con altre realtà istituzionali e del terzo settore, con presenze importanti di MMG e PLS che ha ricevuto molto risalto e consensi. Altro convegno molto partecipato rivolto agli operatori sanitari il 2 dicembre 2016 focalizzato sulla violenza domestica in gravidanza, momento delicato vissuto dalle donne che può svelare l'inizio o l'amplificazione della violenza di genere anche con ripercussione sui figli. Continuano la collaborazione e gli incontri con le altre realtà firmatarie del Protocollo promosso dalla Prefettura finalizzati alla programmazione progettuale, alla richiesta di contributi comunitari, nazionali e regionali sul tema della prevenzione e accoglienza di donne vittime. Incontri in Prefettura sul tema dove si è concordato sull'opportunità di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un documento da sottoporre alla CTSS per l'adozione dei Piani operativi distrettuali, previsti dalle normative regionali e finalizzati all'organizzazione strutturata nel territorio provinciale dei servizi e dei riferimenti operativi a favore delle vittime. Monitoraggio, attraverso il Gruppo di Indirizzo e Controllo del Centro LDV, servizio terapeutico di ascolto e aiuto agli aggressori, che consolida l'attività iniziata sperimentalmente sotto la supervisione dell'analogo Centro di Modena e si conferma importante riferimento interprovinciale.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1677/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione agli incontri dedicati alla violenza	Convocazioni atti DASS	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**4.1.1.9**	**Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole**			

Descrizione	Rendicontazione
Continuità nel consolidamento organizzativo degli interventi di educazione sanitaria e promozione della salute negli Istituti scolastici di ogni ordine e grado del territorio provinciale, attraverso offerte di programmi formativi agli insegnanti e/o peer education agli studenti. La realizzazione del catalogo su portale WEB dedicato ha permesso un netto miglioramento delle interazioni tra insegnanti e referenti distrettuali e tra quest'ultimi e i referenti delle progettualità proposte. La continuità del progetto è opportuna per rafforzare l'esperienza in atto e ottimizzare l'interazione tra scuole e servizi aziendali promuovendo incontri mirati con i referenti distrettuali e i referenti delle progettualità del catalogo "AUSL per la Scuola".	Molto soddisfacente l'attività complessiva legata al programma "AUSL per la Scuola": i dati a chiusura dell'A.S. ci restituiscono l'impegno dei Servizi e dei Referenti nel garantire 154 interventi nelle Scuole della provincia, come emergono dalle richieste pervenute. Molti gli incontri effettuati per concordare aspetti organizzativi e di aggiornamento del portale: sono state apportate modifiche che hanno colmato qualche lacuna emersa in corso d'opera. Nel corso del primo semestre è stato attuato anche un software di elaborazione dei dati che ha permesso una puntuale restituzione dell'attività agli interlocutori interni ed esterni (Dirigenza aziendale, Dirigenti scolastici, Docenti, Referenti distrettuali e di progetto). Il consueto incontro con i Referenti di progetto ha contribuito a verificare e analizzare i dati di attività complessivi dell'A. S. 2015/16, la programmazione e l'aggiornamento delle progettualità per il nuovo A.S., a sottolineare l'importante impegno dei Servizi, oltre a nuove proposte coerenti con i bisogni emersi anche in linea con gli obiettivi del PRP 2015/18. L'inizio del nuovo A.S. ci ha visti impegnati nella presentazione del catalogo 2016/17 ai Docenti e Referenti per l'educazione alla salute delle Scuole provinciali nel corso di un incontro congiunto con i Referenti aziendali di progetto, occasione opportuna per promuovere e presentare anche le linee e le progettualità del Setting Scuola del PRP. L'incontro, che ha visto la partecipazione di moltissimi operatori scolastici, ci conferma il buon rapporto raggiunto fra Servizi aziendali e Istituti scolastici e del proficuo lavoro che sta proseguendo con gradimento degli interessati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari		DGR 590/2013; DGR 901/2015; DGR 771/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione incontri con referenti distrettuali e di progetto	Convocazioni	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.1.10**	**Area Minori – ambito Tutela**			

Descrizione	Rendicontazione
Proseguimento nel percorso di integrazione istituzionale , auspicata nelle direttive regionali di riferimento . Acquisita la disponibilità dei decisori istituzionali nelle Direzioni di Distretto, la DASS continua nella sua funzione a supporto dei Nodi delal Rete Istituzionalie, interni ed esterni, partecipando ai gruppi di lavoro che verranno nominati dai 3 Distretti Fidenza, Sud est, Valli Taro e Ceno ; compito del gruppo di lavoro la stesura di accordi tra ASL ed Enti Locali atti a garantire la valutazione e presa in carico integrata nell'area della tutela e dei casi complessi. Per quanto concerne il distretto di Parma prosegue la funzione di supporto alla Direzione di Distretto e del DAISM per il rinnovo del Protocollo scaduto al 31/12/2015. Al fine di promuovere funzioni di sisitema , prosegue la partecipazione ai gruppi di lavoro interni riguardo la Violenza alle donne per quanto attiene alla violenza assistita . Assegnata la referenza del Progetto 3.7 maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura , previsto dal PLA -PRP 2015-2018	In tutti i distretti sono stati nominati i componenti dei gruppi di lavoro misti fra Az. USL e sociale. In tre Distretti su quattro I gruppi di lavro sono stati insediati ed hanno avviato il percorso di mappatura e di analisi dei protoclli in essere revisionati in base alle recenti Direttive sull'area tematica . Il Comune di Parma si è riservato una pausa di riflessione per modifiche organizzative interne . Continua la partecipazione ai gruppi sulla violenza di genere per mantenere l'attenzione sulla violenza assistita. Nel Maggio 2016 si è attuato il monitoraggio dell'applicazione della Direttiva Regionale 1677/13, con compilazione dell'apposita check list trasmessa dalla RER, Coordinamento regionale contrasto a maltrattamento abuso bambini ed adolescenti . La definizione della modalità di compilazione è stata adottata nel luogo istituzionale di governance locale del sistema integrato dei Servizi Sociali ed AUSL costituito dal “Gruppo Integrazione” composto da Direttori dei quattro Distretti Sanitari, quattro Uffici di Piano e Direzione attività Socio Sanitaria che ne ha il coordinamento insieme alla Provincia di Parma, su decisione della CTSS (vedi lettera di trasmissione delle check list allegata) . Si conferma, ad oggi, la sospensione del Gruppo Tecnico Provinciale Tutela e del Coordinamento Tecnico provinciale Infanzia Adolescenza composto da rappresentanti delle diverse Istituzioni locali: sanitarie, sociali, forze dell'Ordine, AG (TO e TM) . Il monitoraggio è stato effettuato per ogni singolo ospedale (AUSL e AOU) e per ogni singolo servizio territoriale della Tutela Minori di tre Distretti su quattro.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	DGR N.172/2015 DGR 1677/2013 DGR 1102/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali (verbali, nomina di membro nei gruppi di lavoro, incarichi di referenza/ coordinamento)	segreteria Distretti, gruppo integrazione,DASS	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	4.1.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 400 milioni a livello nazionale e 30,888
milioni a livello regionale.
Le Aziende Usl dovranno assicurare:
-il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti);
- in collaborazione con gli Enti Locali, il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili in particolare per le persone affette da demenze e loro
familiari (caffè alzheimer, meeting centers, gruppi auto aiuto) ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine;
- la qualificata partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario;
- la fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi sociosanitari accreditati favorendo l'esercizio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore del servizio accreditato anche per queste attività;
- l'attuazione e la collaborazione per l'aggiornamento a livello regionale del programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), degli interventi socio-sanitari per le persone con SLA (DGR 1762/11 e DGR 169/13) e del progetto regionale demenze (DGR 2581/1999);
- la partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08)
e FNA, con particolare riferimento ai programmi e sperimentazioni sul Dopo di Noi e Vita Indipendente;
- l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014.
- percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolare
attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.
- in collaborazione con gli Enti Locali una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00
e dalla LR 2/03 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi,
ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati attraverso la compilazione della check-list predisposta dal gruppo di coordinamento regionale. Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e garantendo la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Individuare le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.
(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12 e 2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza pag.16)

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.2.1**	**Contrasto alla violenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12	la Direttiva Regionale 1677/13 “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso” , nel paragrafo 6 , “Raccomandazioni per un percorso organizzativo: ipotesi per lo sviluppo di accordi di livello locale” individua nella CTSS l'organismo che approva gli accordi che definiscono l'organizzazione e l'integrazione tra i nodi territoriali della rete sanitari ed extra sanitari. Nel Maggio 2016 si è attuato con compilazione dell'apposita check list di verifica dell'adozione della direttiva, trasmessa dal Coordinamento regionale contrasto a maltrattamento abuso bambini ed adolescenti della RER. La definizione della modalità di compilazione è stata adottata nel luogo istituzionale di governance locale del sistema integrato dei Servizi Sociali ed AUSL costituito dal “Gruppo Integrazione” composto da Direttori dei quattro Distretti Sanitari, quattro Uffici di Piano e Direzione attività Socio Sanitaria che ne ha il coordinamento insieme alla Provincia di Parma, su decisione della CTSS (vedi lettera di trasmissione delle check list allegata) . Si conferma, ad oggi, la sospensione del Gruppo Tecnico Provinciale Tutela e del Coordinamento Tecnico provinciale Infanzia Adolescenza composto da rappresentanti delle diverse Istituzioni locali: sanitarie, sociali, forze dell'Ordine, AG (TO e TM) . Il monitoraggio è stato effettuato per ogni singolo ospedale (AUSL e AOU) e per ogni singolo servizio territoriale della Tutela Minori di tre Distretti su quattro. Si segnala che in un Distretto era in corso una riorganizzazione degli Enti Gestori i Servizi Sociali recentemente completata che ne ha ridotto il numero da 3 a 2 a decorrere dal 1 Gennaio 2017. Nel Febbraio 2017 si è provveduto alla rendicontazione alla Regione del PRP 2015-2018 , Monitoraggio attività svolta Progetto 3.7 “Maltrattamento e abuso minori: prevenzione, accoglienza e cura” mediante scheda trasmessa dalla Regione. Formazione: nell'ambito dei luoghi istituzionali della governance locale, sono state promosse ed attuate quattro tipologie di eventi formativi che contemplano l'area della prevenzione primaria e secondaria del fenomeno, dell'accoglienza fuori famiglia , riparazione e cura dei minori allontanati e collocati nelle Comunità (ai sensi della Dgr1104) 1. Seminario di formazione e aggiornamento sulla Circ 8 della RER , Vigilanza nelle Comunità, 28 Gennaio 2016 2. Seminario sulla DGR 1904/11: Progetto quadro, PEI e strumenti condivisi. 28 Aprile 2016 3. Violenza domestica e di genere: il contributo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra nella prevenzione e nel contrasto. 1 Ottobre 2016 4. Screening violenza domestica in gravidanza. Il percorso formativo. 2 Dicembre 2016 I seminaria 1 e 2 sono stati organizzati per destinatari in AVEN. I seminari 3 e 4 hanno avuto come destinatari operatori sanitari di entrambe le Aziende

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.2.1**	**Contrasto alla violenza**			

Sanitarie
Nel 2016, ottenuto il mandato politico dei Comitati di Distretto, si è avviato il percorso di stesura degli accordi interistituzionali di livello Distrettuale in 3 Distretti su 4 e di livello Comunale (Comune di Parma-AUSL) relativamente all'Area Tutela Minori, condizioni di pregiudizio, abuso e maltrattamento, recependo le indicazioni delle Dgr 1677/13, 1102/14, 1106/14, Piano della Prevenzione 15-18, scheda 3.7. L'obiettivo è di formalizzare "percorsi sociosanitari integrati, in un'offerta di sistema secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali". Nell'ambito degli incontri dei gruppi di lavori nominati dai Comitati di Distretto, nell'Ufficio Integrazione che svolge funzioni di supporto alla CTSS, si è proceduto alla analisi delle prassi operative, delle criticità , delle azioni di miglioramento nelle relatà territoriali; si è proceduto alla mappatura ed analisi dei protocolli in essere. Si è avviato il percorso di modifica dei protocolli con riferimento alle citate indicazioni regionali.

Obiettivi Performance	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero eventi formativi realizzati	Convocazioni atti DASS	Numero >=		1,00		4,00		
raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori	Atti DASS	Numero >=		1,00		0,00		
compilazione della check-list regionale	Documento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti). Percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolareattenzione ai bisogni delle persone con disabilità. Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) e FNA. ...(per approfondimenti vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016 allegato B, 2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza, pagina 16)	Come già indicato all'obiettivo 33.1 il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, dietro mandato della CTSS, ha effettuato per il primo semestre 2016 il monitoraggio del Fondo Regionale per la Non autosufficienza relativamente all'assegnazione 2015, ha elaborato la bozza di riparto del FRNA per l'anno 2016, approvata dalla CTSS con decisione n. 1 del 4/08/2016; ha continuato a monitorare i contratti di servizio e l'applicazione della DGR 273/2016 conseguente al completamento del processo di accreditamento definitivo del servizio socio-sanitari. Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo La competenza della programmazione dei servizi socio-sanitari e delle ricadute a livello territoriale è dei Comitati di Distretto, costituiti dai Sindaci dei Comuni che afferiscono al Distretto ed ai Direttori di Distretto. La programmazione rientra nel "Piano delle attività per la non autosufficienza", inserito nel Piano di Zona annuale, che viene approvato d'intesa tra il Comitato di Distretto ed il Direttore di Distretto. L'elaborazione del Piano viene effettuato dall'Ufficio di Piano (ex DGR 1004/2007) costituito congiuntamente dai Comuni del Distretto e dell'Azienda USL attraverso le proprie articolazioni distrettuali. Programmi di ambito distrettuale di continuità assistenziale nei servizi per disabili [...] Gli interventi a favore dei disabili minori sono in carico alla NPI. In tutti gli ambiti distrettuali vengono organizzati servizi a bassa soglia co-gestiti dagli enti pubblici in collaborazione con le associazioni di genitori. Rientrano nella programmazione distrettuale i seguenti progetti: Scuola di autonomia: gestito prevalentemente dalla cooperazione sociale, ha come finalità quella di consolidare percorsi innovativi a sostegno dell'autonomia e dell'inclusione sociale delle persone disabili (in particolare adolescenti e giovani adulti) attraverso forme protette di convivenza secondo un'ottica di tipo famigliare. Vengono anche programmati week-end con permanenza notturna anche per persone con forti limiti dell'autonomia per sperimentare il distacco dalla famiglia; Case ritrovate: risponde alle indicazioni fornite dalla Regione di sperimentare nei territori interventi di sostegno alla domiciliarità a favore di persone con disabilità per allontanare il più possibile il rischio di istituzionalizzazione. Si tratta di progetti che sono gestiti da associazioni e dalla cooperazione sociale in collaborazione con l'ente pubblico. Si tratta di progetti in cui più disabili vivono in un ambito "normale" una vita autonoma dalla famiglia (che resta, comunque, fondamentale punto di riferimento e protagonista della progettazione). Durante le ore diurne le persone frequentano laboratori socio-occupazionali o sono inserite in percorsi lavorativi; Week-end solidali: vengono sperimentate soluzioni innovative in collaborazione con le associazioni del territorio, il volontariato e la cooperazione sociale per promuovere l'autonomia,

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			

l'integrazione sociale e la vita indipendente. È stato individuato un comitato di progetto che ha definito le strategie ed i percorsi per la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei ragazzi disabili, delle famiglie e dei servizi della rete;
Una strada per crescere: si tratta di un percorso di affiancamento alle reti familiari delle persone con disabilità. Il progetto ha come finalità quella di creare sinergie con i familiari, l'Associazionismo e la Cooperazione sociale per promuovere percorsi di auto mutuo aiuto e opportunità per il Dopo di Noi;
Gocce di sport: si tratta della terza edizione del progetti, nato dalla collaborazione tra Enti locali e Associazione UISP. È rivolto a ragazzi ed adulti disabili per una riscoperta della sport come opportunità di socializzazione, oltre ad offrire un miglioramento del benessere psico-fisico personale. Le diverse attività assicurano non solo benefici derivanti dal lavoro fisico, ma anche un significativo contributo al sostegno dell'autonomia, dell'autostima e della consapevolezza di essere parte di un gruppo con il quale si possono condividere le difficoltà.
FNA
La Regione Emilia Romagna con delibera di giunta n. 2303/2016 del 21 dicembre 2016 ha approvato il "PROGRAMMA ATTUATIVO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI PREVISTI NELL'AMBITO DEL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE. ANNO 2016. ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE USL."
I Distretti, unitamente agli Uffici di Piano, hanno così potuto imputare sul FNA la spesa per gli interventi a sostegno della domiciliarità dell'area anziani, disabili gravi e gravissimi nel rispetto di quanto indicato nell'atto regionale, vale a dire il 40% per i servizi a favore delle persone con gravissima disabilità ed il restante 60% per le tipologie di servizi specificati dalla Regione con il proprio atto.
Successivamente, i Distretti e gli Uffici di Piano hanno provveduto ad aggiornare nel programma informativo online CUP 2000 la rendicontazione degli interventi - con la relativa spesa - effettuati a favore delle persone non autosufficienti, come richiesto dalla stessa Regione.
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica
In considerazione del fatto che la Regione ha approvato le linee integrative del Piano delle Azioni con delibera n. 1003 del 28/06/2016, si è solo potuto procedere ad un primo approccio della tematica, attraverso la verifica con i referenti dell'area della disabilità dei quattro Distretti dello stato dell'arte e dei bisogni individuati dal territorio.
Si è inoltre proceduto a raccogliere documentazione in merito ad esperienze già presenti in altre Regioni che sono state oggetto di un primo confronto sempre con i referenti distrettuali dell'area disabili.

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			
			Si è inoltre proceduto ad un primo confronto il Direttore dei Presidi Ospedalieri aziendali portando alla sua attenzione quanto richiesto dalla Regione. L'azione proseguirà nel corso del 2017.		
Obiettivi Performance	E6	Monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA, e FSR	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo(rispetto a tot giornate annue in CRA)	Documento	% >=		1,50%		0,70%		
Programmi di ambito distrettuale di continuità ass. nei servizi per disabili minori e adulti in coll. con Enti locali e Assoc. di persone con disabilità e di sper. di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili (sul numero dei distretti)	Documento	% >=		50,00%		100,00%		
Corretto utilizzo del FNA e rispetto del limite % di utilizzo delle risorse per le persone con disabilità gravissime	Documento	Sì/No		Sì		Sì		
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica	Documento	Sì/No		Sì		No		

Area	5	RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Sub-Area	5.1	CURE PALLIATIVE

Settore	5.1.1	Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Sviluppo continuo Rete Cure Palliative con incremento delle azioni a livello territoriale riferite anche alL area pediatrica. - Coinvolgimento dei Medici di medicina generale - Promozione della cultura della palliazione fra tutti i professionisti coinvolti - Informazione alla popolazione generale sulla funzione e sull'utilizzo dei servizi - Equità di accesso qualità e appropriatezza delle Cure	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	5.1.1.1	Riorganizzazione della rete delle cure palliative			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio della riorganizzazione prevista dalla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di Cure Palliative"	Primo semestre: istituzione dell'ambulatorio di cure palliative nei quattro distretti provinciali come previsto dal DGR 560/2015. Secondo semestre: realiazzione del progetto di riorganizzazione della rete locale alla luce dei requisiti di accreditamento del 31/10/2016 DGR 1770 "Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete locale di Cure Palliative"

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatore n. 8 DM. 43/2007	report flusso hospice	% <=	25,00%	25,00%	29,00%	29,20%		
Indicatore n. 5 DM. 43/2007	report flusso ADI	% >=	80,00%	80,00%	66,70%	94,30%	83,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.1.2**	**Consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento dell'attività di presa in carico dei pazienti nella rete delle cure palliative, in relazione agli indicatori standard regionali, attraverso una strutturazione dei percorsi in integrazione con i Dipartimenti Cure Primarie. Incremento dell'attività informativa e formativa dei sanitari ospedalieri e territoriali riguardo cure palliative e terapia del dolore.	Primo semestre: incontri con direttori cure primarie dei quattro distretti, incontri con MMG e operatori sanitari ospedalieri sulla riorganizzazione delle rete e presentazione nuova attività specialistica in cure palliative. Sono stati organizzati due percorsi formativi integrati promossi dai distretti Sud Est e Parma. Secondo semestre: prosecuzione degli incontri come nel primo semestre. Implementazione attività ambulatoriale nei quattro distretti

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Obiettivi di mandato 2015 del Direttore Generale GPG/2012/1545

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con responsabili Cure Primarie e referenti hospice	verbali e registro	Numero >=	3,00	6,00	7,00	10,00	100,00%	
Progetti formativi integrati	verbali e registro	Numero >=	1,00	2,00	2,00	2,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.1.3**	**Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche, in sinergia con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, sulla base delle indicazioni della DGR 1898/12	Non si sono svolte iniziative coordinate nel campo delle cure palliative pediatriche.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	DGR 1898/12 GPG/2012/1929

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.1.1.4**	**Controllo del dolore**			

Descrizione	Rendicontazione
Il tema del dolore resta prioritario all'interno delle tematiche delle cure palliative e pertanto prosegue e si implementa l'azione di coordinamento tra il livello ospedaliero, residenziale (hospice) e territoriale . In particolare è prevista nel Distretto di Fidenza l'implementazione dell'attività di consulenza di terapia antalgica a domicilio e in ospedale da parte degli anestesisti dell'Ospedale Vaio su richiesta dei MMG e ospedalieri. Elaborazione di un PDTA di terapia del dolore a livello provinciale, in sinergia con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, sulla base delle indicazioni della nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12	E' proseguita l'attività COTSD e monitoraggio dell'attività ambulatoriale verso l'ospedale e il territorio con integrazione degli specialisti delle due sedi del presidio ospedaliero aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12 GPG/2014/1661

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
consulenze antalgiche per la rete di cure palliative	report interno del responsabile ambulatoriale	Numero >=	30,00	60,00	62,00	189,00	100,00%	
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato	Verbali e registro presenze	Numero >=	2,00	4,00	1,00	4,00	50,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.1.5**	**Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA	Prosecuzione percorsi multidisciplinari integrati con coinvolgimento del palliativista.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percorsi integrati realizzati	Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	45,00	48,00	100,00%	

Settore	5.1.2	DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

La DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» individua le modalità di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative, armonizzando e integrando i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato- Regioni del luglio 2012. Tra i principali obiettivi della Delibera vi è quello di omogeneizzare sul territorio il modello organizzativo della rete locale di cure palliative. L'organizzazione a rete ha una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative per rispondere al bisogno del malato e della famiglia. La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.
Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo. Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete. Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obbiettivo individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.1 Cure palliative, pag 9)

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**Cure palliative**			

Descrizione	Rendicontazione
Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo. Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete. Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obbiettivo individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.1 Cure palliative, pag 9)	Sono stati istituiti gli ambulatori di cure palliative nei quattro distretti provinciali, come previsto dalla DGR 560/2015 e l'attività specialistica per l'ospedale ed il territorio è stata avviata da febbraio 2016. I Presidi aziendali sede di ambulatori per le cure palliative sono 7, comprendenti in totale 13 "agende di ambulatoriale". Nell'anno 2016 sono state effettuate 7.467 prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, prelievi di laboratorio e visite). E' stata prevista una riorganizzazione che prevede lo spostamento di parte dell'attività assistenziale dal DH al DSA. Viene effettuato un monitoraggio sistematico dell'attività erogata nei diversi setting su tutto il territorio provinciale. Sono stati effettuati incontri con i Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie dei quattro distretti, con i MMG e gli operatori sanitari ospedalieri sulla riorganizzazione delle rete ed è stata presentata la nuova attività specialistica in cure palliative. Sono stati altresì organizzati due percorsi formativi integrati promossi dai distretti Sud Est e Parma.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. malati nei quali il tempo max di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domic. da parte della Rete di cure palliative è <= 3 giorni / n. malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		93,30%		
Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore	specifico flusso di riferimento	% >=		65,00%	77,00%	80,50%		
Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	29,00%	29,20%		

Sub-Area	5.2	DEMENZE

Settore	5.2.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Integrazione Ospedale - Territorio (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, Ospedale di Comunità) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata all'interno del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE (Delibera n. 880 del 30/12/2013)	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	5.2.1.1	Ruolo dei Medici di Medicina Generale			

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi" Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata. Continuare l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.	A livello provinciale sono continuate le consulenze specialistiche (neurologiche e geriatriche) per i casi ad alta valenza socio-assistenziale in stretta collaborazione con altri servizi della rete. Nel distretto di Parma e Fidenza si sono svolti incontri con i MMG. Nello specifico sono stati svolti n. 4 incontri nel Distretto di Parma ed un evento nel distretto di Fidenza. I temi trattati riguardavano gli apetti clinici e assistenziali nelle CRA e l'appropriatezza prescitiva degli antipsicotici.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Obiettivi di mandato DG 1.2

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/ n. complessivo delle visite	Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete	Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.2.1.2**	**Qualificazione della rete dei Servizi**			

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Continuare a livello provinciale di attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona.	La formazione agli operatori è stata svolta a livello provinciale. I percorsi formativi soo stati completati nei distretti di Parma, Fidenza e Langhirano. Quest'anno la formazione ha riguardato prevalentemente l'attività di stimolazione per gli operatori dei Centri Diurni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Obiettivi di mandato DG 1.2

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Accessi Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti da tutti i servizi della rete	Consultorio Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	
N. Segnalazioni Assitenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei serivizi	Consultorio Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.2.1.3**	**Sostegno alla domiciliarità e presa in carico integrata di soggetti affetti da demenza presenile e senile**			

Descrizione	Rendicontazione
Continuare l' attività di verifica sulla collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori). Consolidare il percorso di integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio nella gestione delle dimissioni difficili. Garantire, a livello provinciale, la continuità di percorsi strutturati di sostegno alle famiglie e alle assistenti familiari: corsi di informazione/formazione, gruppi di sostegno, auto -mutuo – aiuto, Caffè Alzheimer Continuare a livello provinciale le conferenze nei comuni e le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.	A livello provinciale sono continuate le consulenze specialistiche (neurologiche e geriatriche) nella rete dei servizi al fine di rafforzare l'intergrazione presente nell'ambito delle buone prassi in atto. Da segnalare che ciascun distretto registra queste prestazioni in maniera autonoma. Su tutto l'ambito provinciale viene garantito in modo continuativo il supporto ai familiari/assistenti private tramite corsi di informazione/formazione, gruppi di auto-mutuo-aiuto e colloqui psicologici individuali e al nuclero familiare.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Obiettivi di mandato D.G. 1.8

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Corsi per familiari/n. corsi programmati	Responsabile Programma Aziendale	% >=	50,00%	70,00%	50,00%	80,00%	100,00%	
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza	Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00	0,00	2,00	0,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.2.1.4**	**Accesso alle prestazioni diagnostiche**			

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare i tempi di attesa per le visite e la diagnostica neuropsicologica	A livello aziendale sono presenti: 2 consultori con apertura giornaliera (Parma e Fidenza), 1 centro con apertura settimanale (Langhirano), 1 centro con apertura mensile (Borgotaro), 3 ambulatori con apertura mensile (Fornovo, San Secondo, Busseto). Gli orari di apertura dei centri e degli ambulatori sono diversi, da qui si evince una disomogenicità dei calendari delle sedute. Si è ritenuto di effettuare la valutazione su i 2 Consultori che hanno l'apertura giornaliera.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica		Obiettivi di mandato D.G. 1.3

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempi Attesa (ST.TA)	Consultorio Demenze	Numero <=	30,00	30,00	50,00	50,00	33,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.2.1.5**	**Integrazione dei Consultori per i Disturbi Cognitivi nel POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE**			

Descrizione	Rendicontazione
All'interno della programmazione del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE sviluppare l'integrazione dei Consultori nell'area di attività territoriale (POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE) con integrazione con i servizi ospedalieri, creando, quindi, un Hub territoriale per la continuità Ospedale-territorio.	Il Direttore del Polo Neurologico ha richiesto una prima mappatura del personale impiegato all'interno dei Consultori/Centri per i Disturbi Cognitivi (figure professionali quali e quante, tipologia di contratto, monte orario, ruoli, qualifiche e competenze).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		Obiettivi di mandato D.G.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Riunioni	Direttore del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE	Numero >=	10,00	20,00	10,00	10,00	100,00%	

Sub-Area	5.3	EMERGENZA URGENZA-118

Settore	5.3.1	Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della sostenibilità della rete complessiva del soccorso territoriale e del livello dell'integrazione con le strutture di Pronto Soccorso		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	**5.3.1.1**	**Accreditamento**			
Descrizione			Rendicontazione		
Con la costituzione dell'unica Centrale Operativa Emilia Ovest (COEO) si è costituito il Comitato Direzione e Controllo COEO, tra le cui finalità figura la produzione di un modello formativo omogeneo tra le tre province interessate: sarà quindi un obiettivo del prossimo anno produrre un progetto, a sviluppo pluriennale, sulla formazione medica sostenibile e coerente con i requisiti formativi previsti dalla del. 44/2009 della RER.			In ottemperanza alla Del. della RER in merito alle competenze infermieristiche sono state redatte le relative procedure di ingaggio in emergenza dell'infermiere con particolare riferimento alle manovre e procedure che possono essere compiute in autonomia. Di conseguenza si è ipotizzato un percorso formativo medico infermieristico che, partendo dalla formazione delle nuove procedure di cui sopra, diventi propedeutico per la formazione di tutte le figure sanitarie coinvolte nell'emergenza. Tale corso formativo inizierà nel marzo 2017		
Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	Del 44/2009 RER	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Produzione di proposta formativa condivisa per la COEO	verbali di COEO in atti presso Centrale Unica	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.2**	**Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -A**			
Descrizione			Rendicontazione		
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE Valutazione delle tempistiche di centralizzazione trauma grave			Non sono emerse criticità, la valutazione della tempistica è In Fase di elaborazione.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 1.2)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di trauma grave	in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì		No		
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE	in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.3**	**Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -B**			
Descrizione			Rendicontazione		
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione Stroke. Progetto per il trasporto neonatale e della donna gravida			Si è redatta una procedura interaziendale relativamente al trasporto della donna gravida, attualmente in bozza, mentre è in corso di redazione la procedura per il trasporto neonatale. Il percorso Stroke non ha mostrato indicazione di criticità e la valutazione dei tempi di centralizzazione degli Stroke è in fase di elaborazione.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 1.2)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di Stroke	in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì		No		
Istruzione operativa	atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.4**	**Servizio di Telecardiologia**			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio procedura di rinnovamento della dotazione tecnica di monitodefibrillatori per teletrasmissione Progettazione modalità di Telecardiologia presso PPIO Ospedale di Borgotaro verso UTIC Fidenza	Si è proceduto al rinnovo di 7 delle diciassette postazioni dotate di monitor per teletrasmissione. E, prevista l'ulteriore acquisizione di altri quattro Lifepack15. L'obiettivo telecardiologia di Borgotaro è stato rinviato al 2017

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 1.2)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Sostituzione di cinque apparecchi	Atti Direzione sanitaria	Numero <=		5,00	7,00	7,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.5**	**Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe**			

Descrizione	Rendicontazione
Entro la fine del 2016 dovrà essere approvato e testato un Piano di massiccio afflusso feriti (PEIMAF), coinvolgente tutte le strutture ospedaliere di Vaio e l'Emergenza Territoriale, arrivando alla definizione di percorsi in grado di fronteggiare una maxiemergenza senza bloccare la funzionalità dell'ospedale. Inizio lavori per piano maxiemergenze territoriale	E' stata elaborata la prima stesura del piano PEIMAF che dovrà essere completato e testato alla luce dell'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso. Tale percorso dovrà chiudersi nel 2017.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio	in atti alla Direzione Presidio	Sì/No		Sì		No		
Presentazione piano generale per maxiemergenza in COEO	in atti alla Centrale Operativa	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**5.3.1.6**	**Percorso formativo**			

Descrizione	Rendicontazione
In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree e di iniziare un percorso formativo sulla ecografia clinica.	E' iniziato il percorso formativo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo		LR 44/2009 RER

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° medici formati/totale	in atti U.O. Formazione	% >=	25,00%	50,00%		0,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.7**	**Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Progettazione "proposta espianto cornee in pazienti colpiti da morte improvvisa in ambiente preospedaliero" .	In fase di elaborazione. Al momento è stato prostoai MMG operanti presso l'Hospice di Fidenza di collaborare a questo obiettivo. Si è richiesta la collaborazione anche del Direttore Dipartimento Cure Primarie.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione di istruzione operativa	In atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.3.1.8**	**Progettazione del sistema di soccorso legato all'allestimento del Cantiere TI-BRE catalogato come grande opera.**			

Descrizione	Rendicontazione
Programmazione del sistema di soccorso ed intervento in relazione alla logistica di accesso, all'impiego di mezzi e risorse umane. Al momento si è in attesa dell'attivazione del progetto	Il cantiere è stato avviato e si è provveduto ad incrementare la copertura infermieristica nella zona operativa garantendone la presenza durante tutta la fascia oraria lavorativa

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Accordo AUSL PR Società Autostrade

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Organizzazione della copertura del soccorso con risorsa infermieristica	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì		

Settore	5.3.2	Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutare la fattibilità di un ulteriore valorizzazione, nella rete provinciale, del ruolo degli infermieri già formati all'emergenza territoriale		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale
Obiettivo	5.3.2.1	Valorizzazione professioni sanitarie			
Descrizione			Rendicontazione		
Avvio del progetto di autonomizzazione dell'infermiere in alcuni percorsi di emergenza territoriale secondo indicazione regionale			Si è conclusa la redazione delle procedure infermieristiche di intervento in Emergenza richieste dalla regione e deliberate dalla stessa. La commissione ristretta redattrice delle procedure (tre medici e tre infermieri) , di cui si fa parte, sta ora elaborando il percorso formativo. Tale percorso è purtroppo rallentato dalle conflittualità di categoria per cui, al momento, non si è attivato alcun percorso nella nostra provincia. Con l'avvio dei corsi regionali si procederà alla graduale adozione dei proltocolli operativi infermieristici con completamento previsto entro la fine del 2017		
Obiettivi Performance	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo	Accreditamento Sistema 118	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio percorsi: ipoglicemia, arresto cardiaco, overdose da oppiacei	in atti a UO Emergenza Territoriale	Numero >=	1,00	3,00	0,00	0,00	0,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.3.2.2**	**Estensione competenze BLS-D**			

Descrizione	Rendicontazione
In relazione al DIM 18 marzo 2011 si è aderito al progetto Regionale per la defibrillazione precoce secondo un programma PAD, quindi dedicato al personale non sanitario. A tale scopo è stato presentato un progetto di implementazione dei DAE che possa consentire la presenza in ogni Comune della Provincia di Parma di disporre di DAE ad accesso pubblico.	Tale progetto non ha avuto corso in quanto legato ad un progetto di finanziamento valutato dalla Fondazione Cariparma che ha approvato parte del progetto (rinovamento tecnologico della rete monitor per teletrasmissione del tracciato ECG) senza includere l'estensione dei DAE. Si procedrà nel 2017 a finanziare un'ulteriore distribuzione di DAE presso i Comuni ancora sprovvisti di DAE ad accesso pubblico

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DIM 18 marzo 2011

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Disribuzione DAE in ogni Comune della Provincia	In atti alla U.O. Emrgenza Territoriale	Sì/No		Sì	No	No		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.3.2.3**	**Sviluppo del modello Hub & Spoke**			

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione ai compiti ed obiettivi del sistema SIAT, Commissione interaziendale Cardiologica e Stroke Revisione del percorso dell'emergenza pediatrica preospedaliera e trasporto interospedaliero.	

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 1.2)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
istruzioni operative per emergenze pediatriche	in atti Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione agli eventi delle commissioni interaziendali dell'emergenza	verbali riunioni in atti U.O. Emergenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	5.3.3	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2015, conclusa la fase di concentrazione delle attività delle centrali operative 118, si è attivata la funzione tecnologica che consentirà alle singole centrali di ricevere le chiamate di emergenza e di gestire l'invio dei mezzi di soccorso indipendentemente dal territorio da cui originano le chiamate stesse o dove sono collocati i mezzi di soccorso. Nello stesso anno sono stati attivati i percorsi di formazione del personale di centrale che nel 2016 dovrà garantire che le singole centrali siano in grado di assicurare continuità e rapidità di risposta del sistema 118 anche nel caso di interruzione al funzionamento di una delle tre centrali o in caso di eccesso di chiamate in un singolo territorio. Entro la fine del 2016 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma devono garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con le altre due, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate). (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.6 – 118 e Centrali Operative pag 30)	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	5.3.3.1	118 e Centrali Operative- Protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico art. 10 d.p.r. 27-3-1992 aggiornati alla DGR 508/2016.			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.	Tali protocolli verranno applicati in toto dopo realizzazione del percorso formativo attualmente elaborato dalla Commissione Regionale ristretta (di cui si fa parte). I corsi avranno inizio nel marzo 2017. L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni possibili ai fini del raggiungimento dell'obiettivo.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Entro il 31/12/16 tutti i protocolli dovranno essere adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti trasmessi ai competenti uffici regionali	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.3.3.2**	**118 e Centrali Operative - attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda dovrà garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con Azienda USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).	L'interoperabilità tra le Centrali è sancita da atti documentali che ne disciplinano l'operatività, già condivisi con le altre centrali operative. E' stato predisposto il piano formativo finalizzato all'addestramento vicariante per completare le fasi di Stage reciproco del personale tra le Centrali che sarà attuato non appena saranno rese disponibili le risorse professionali necessarie. I corsi avranno inizio nel marzo 2017. L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni possibili ai fini del raggiungimento dell'obiettivo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettiva messa in funzione di interoperabilità entro il 2016	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Sub-Area	5.4	Politica del farmaco

Settore	5.4.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La politica del farmaco intrapresa e sviluppata negli ultimi anni ha portato a risultati importanti, sia nel conseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva che nel contenimento della spesa farmaceutica. Le azioni messe in campo e finalizzate al governo clinico del farmaco e del dispositivo medico dovranno proseguire ed essere perfezionate . Verranno pertanto utilizzati o potenziati gli strumenti di governo clinico, quali sistemi di monitoraggio, audit clinici, gestione del rischio clinico. Strumento fondamentale sarà , anche per il 2015, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti Uno degli obiettivi prioritari è costituito dall' integrazione nella continuità assistenziale terapeutica tra l' Ausl e A.O.U. di Parma, in analogia a quanto attuato con il Presidio Ospedaliero Aziendale.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	5.4.1.1	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto			

Descrizione	Rendicontazione
Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino. Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio.	E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B3	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti (generici), biosimilari e farmaci a brevetto scaduto secondo gli indirizzi Regionali		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
%DDD farmaci a brevetto scaduto/ DDD totale farmaci prescritti(% in attesa di definizione)	AFT	%			81,80%	81,90%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.2**	**Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**			

Descrizione	Rendicontazione
Verrà attuata formazione/informazione ai MMG e PLS sulle linee guida di Regionali , con particolare riferimento alle aree critiche della farmaceutica convenzionata. In modo analogo verra condotta attività di informazione/ formazione ai medici ospedalieri. In collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie saranno organizzati Audit Clinici	E' stato presentato il pacchetto informativo sulla vitamina D in alcuni NCP Sono stati fatti 65 incontri individuali con MMg , 19 incontri di NCP e 7 incontri distrettuali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli inibitori di pompa protonica e dell'appropriatezza prescrittiva degli antipsicotici negli anziani Sono stati fatti 6 incontri su appropriatezza prescrittiva in AOU: 1 con il Centro di terapia antelgica, 2 con ematologia, 1 con cardiologia, 1 con nefrologia e 1 con reumatologia.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze incotri/audit	DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.3**	**Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**			

Descrizione	Rendicontazione
Le categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio ed altre eventualmente individuate dalla regione, saranno: PPI ,Statine, ACE inibitori, Sartani , antidepressivi	Nel 2016 il consumo di PPi è pari a 52,83 DDD 1000 ass.pesati die,di SSRI è pari a 37,00 DDD 1000 ass. pesati die, la % del consumo dei sartani a brevetto scaduto sul totale dei sartani = 87,4 % , la percentuale dei consumo degli Ace (associati e non) sul totale dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina è pari a 58,97

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del monitoraggio	Report DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.4**	**Miglioramento appropriateza prescrittiva degli antibiotici sistemici**			

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione al progetto regionale : monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l' uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario	Anche Quest'anno è partita la campagna regionale “antibiotici è un peccato usarli male” per promuovere l'uso responsabile degli antibiotici.Diffusione dello spot video nei monitor della stazione ferroviaria di Parma;ristampa delle locandine “Antibiotici è un peccato usarli male” e”Battimani a chi si lava le mani” e distribuzione presso le farmacie territoriali.,secondo modalità concordate e attivate dall'Agenzia sanitaria e sociale Regionale. Registrata intervista radiofonica sul corretto uso degli antibiotici.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**5.4.1.5**	**Distribuzione per conto**			

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione Accordo locale DPC	Il primo marzo 2016 è stato dato avvio al nuovo accordo DPC. Sono stati organizzati 2 incontri formativi per i titolari e collaboratori operanti nelle farmcaie convenzionate del territorio provinciale . Nel corso dell' anno si è attuato un incremento graduale del numero dei pezzi distribuiti attraverso le farmacie.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	E4	Contenimento spesa farmaceutica		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aumento n. pezzi vs anno precedente	DAF	% >=	40,00%	60,00%	125,32%	145,00%	100,00%	
Evidenze documentali	DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**5.4.1.6**	**Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci**			

Descrizione	Rendicontazione
Diffusione e applicazione nelle strutture aziendali della Revisione n 4 della Procedura Aziendale sul Rischio Clinico dei farmaci e allegati adozione della Raccomandazione del Ministero della Salute n °14 e relativa Raccomandazione Regionale n°3 sulla Sicurezza nella terapia farmacologia "Gestione sicura dei farmaci antineoplastici. Recepimento e avvio delle attività correlate in merito alle recenti Raccomandazioni regionali " Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali"(ottobre 2015); il documento fornisce indicazioni per una corretta gestione delle forme farmaceutiche orali quando sia necessario procedere a: divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione nascosta. Puntuale trasmissione a tutti gli operatori sanitari delle note rilasciate dalle agenzie regolatorie di riferimento in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci . Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci a registro AIFA; anche al fine del recupero economico , tramite le procedure di rimborso. incontri formativi sulle prescrizioni di farmaci in off label (nuovo percorso regionale di monitoraggio). Aplicazione nelle UU.OO dell' istruzione operativa aziendale sull' utilizzo delle penne di insulina in regime di degenza. Attuazione di audit relativi a tematiche che verranno evidenziate anche a livello regionale.	Sono stati svolti due incontri per la presentazione e diffusione della Revisione n°4 della Procedura Aziendale sula gestione clinica dei farmaci alle figure professionali coinvolte (medici, coordinatori infermieristici ed infermieri) nei giorni 7 Giugno per PO e distretto Fidenza - Borgotaro e il 16 Giugno per Distretto di Parma e Sud Est. Nella revisione sono stati citati i riferimenti normativi relativi alla Revisione Regionale n°3 e ai percorsi aziendali della centralizzazione delle terapie antiblastiche con UFA Provinciale. Incontro con Gruppo Integrazione per informazione sui contenuti della Raccomandazione Regionale sulla corretta gestione delle forme farmaceutiche orali negli ambiti individuati dalla stessa (ospedale di comunità, lungodegenze, strutture socio sanitarie per disabili e /o anziani) Proseguono le attività di monitoraggio Aifa con relative richiesta di recupero economico seguendo le indicazioni e modalità concordate in Area Vasta. Condivisione, per migliorarne la diffusione, con i diabetologi ospedalieri della I.O sull'utilizzo delle penna da insulina in regime di degenza. Elaborazione, in fase preliminare, di un Audit sul corretto impiego delle Immunoglobuline umane. Stesura della procedura aziendale sulla Gestione clinica del farmaco negli istituti Penitenziari di Parma

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Organizzazione audit	DAF/U.O. Governo Clinico	Sì/No	Sì	Sì	No		0,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.4.1.7**	**Sviluppo organizzativo**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento dell' integrazione OSPEDALE-TERRITORIO, con particolare riferimento ad A.O.U. di Parma finalizzata alla continuità terapeutica . Istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale Ausl A.O.U di Parma Proseguimento delle attività del tavolo interaziendale AUSL/AOUPR di monitoraggio delle prescrizioni al fine di favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico presso A.O.U. di distribuzione diretta, dopo visita specialistica e presa in carico dei pazienti.Potenziamento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica del nostro Presidio Ospedaliero.	L' incremento della spesa relativa ai farmaci erogati dal Polo Farmaceutico (con esclusione dei farmaci per l'epatite C) è stato del 11,07 ; con l' erogazione dei farmaci per il trattamento dell' Epatite C l' icremento percentuale è pari al 29,39 In relazione alla distribuzione diretta da dimissione del Presidio Ospedaliero Aziendale , a causa di riorganizzazione che ha portato ad una diminuizione delle dimissioni, l' obiettivo non è stato raggiunto

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Volume economico erogato verso anno precedente	DAF e FED	% >=	20,00%	20,00%	12,90%	29,39%	65,00%	
Evidenze documentali	DAF	Sì/No		Sì	Sì	No		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.8**	**Adesione ai Prontuari Regionale e Aven**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dell' adesione al Prontuario Regionale ed al Prontuario AVEN in tutti gli ambiti di assistenza; sviluppo del controllo prescrittivo in regime ambulatoriale.	L'adesione al PTR e al PT Aven in regime di ricovero ed in dimissione (con erogazione diretta dei farmaci) risulta alta ed in regime di degenza è quasi totale, fatte salve alcune prescrizioni fuori PT necessarie ad assicurare la continuità terapeutica .

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% prescrizioni PTR sul totale prescrizioni	DAF	% >=	95,00%	98,00%	98,00%	98,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.9**	**Appropriatezza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte dei centri autorizzati**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosegue anche per il 2016 il vincolo di adesione alle Linee Guida Terapeutiche, alle Raccomandazioni correlati al PTR ed elaborati da gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche reumatologia,dermatologia,neurologia (Parkinson Sclerosi multipla), oncoematologia ed epatologia (epatite C), pediatria-endocrinologia, cardiologia, diabetologia. Sviluppo di un sistema di monitoraggio, anche interaziendale, dell'adesione ai Documenti Regionali. Attività rivolte ai clinici di promozione all' utilizzo dei farmaci biosimilari	E' proseguita l'attività di diffusione ed informazione rispetto ai documenti del PTR relativamente ai farmaci afferenti alle aree cliniche della neurologia e dell'epatologia. Azioni di sensibilizzazione rivolte ai clinici per favorire e aumentare la prescrizione dei farmaci biosimilari nelle aree della dialisi (epoietine) e gastroenterologia (INFLIXIMAB).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio prescrizioni	DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.10**	**Adozione di strumenti di governo clinico**			
Descrizione			Rendicontazione		
Monitoraggio dei Piani Terapeutici regionali informatizzati(portale SOLE) per la prescrizione e l' erogazione 1.dei farmaci . anticoagulanti orali e 2. dei farmaci per il trattamento dell' epatite C			Prosegue il monitoraggio dei PT regionali (piattaforma Sole) sia per farmaci anticoagulanti orali che per i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica.		
Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo	901/2015	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci anticoagulanti orali	DAF	% >=		90,00%	100,00%	100,00%		
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci per il trattamento dell' epatite C	DAF	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.11**	**Traccaibilità eccezioni prescrittive**			
Descrizione			Rendicontazione		
Utilizzo del nuovo applicativo regionale per tracciare le eccezioni prescrittive: off label, CNN, fuori PTR			Difficoltà di inserimento dei dati nel nuovo applicativo anche con l'utilizzo della una nuova modulistica utilizzata nel secondo semestre.		
Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra prescrizioni inserite in applicativo/ numero prescrizioni effettuate	DAF	% >=		100,00%	10,00%	10,00%		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.4.1.12**	**Rete delle Farmacie Oncologiche**			

Descrizione	Rendicontazione
Con atto N 942 del 30.12.15 Ausl è stata deliberata la Convenzione per la realizzazione di un laboratorio centralizzato per l' allestimento delle terapie infusionali antitumorali (UFA) a livello provinciale . Pertanto verrà dato avvio all' esecuzione della convenzione , in modo graduale, con completamento entro l' anno in corso.	Conclusione del progetto UFA Provinciale: l'Unità Farmaci Antiblastici per l'allestimento delle terapie infusionali antitumorali e a target molecolare nella provincia di Parma. Adozione del programma informatizzato LOG 80.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze attività	DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.13**	**ATTIVITA' INTEGRATA IN AREA VASTA**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo delle attività relative alla predisposizione dei capitolati di gara, per la parte tecnica dei farmacisti, secondo la programmazione gare di AVEN o Intercent_ER Attività di monitoraggio dell' adesione alle gare da parte degli utilizzatori . Avvio delle azioni propedeutiche all' istituzione di una Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta.	Monitoraggio costante della gestione (es nuovi farmaci – nuovi dosaggi...) e delle criticità emergenti (es.carenze) nella gestione della gare farmaci al fine di superare le stesse. E' stata istituita la CADM di Area Vasta.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze attività	DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.1.14**	**Governo dei Dispositivi Medici**			

Descrizione	Rendicontazione
In merito alle Raccomandazioni/ Linee di Indirizzo regionale dovranno proseguire e consolidare le azioni per la loro applicazione e monitoraggio dell' adesione da parte degli utilizzatori: Terapia a Pressione Negativa di ulcere e ferite, (“ Criteri per l’uso appropriato della Terapia a Pressione Negativa nelle ferite acute e croniche” – novembre 2013) Va attuata la rimodulazione del percorso di attivazione, con controllo specifico e monitoraggio dell’ adesione delle Raccomandazioni stesse Linee di indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta"(agg. 02/2015) : si dovrà proseguire nell’ estensione graduale dell’ utilizzo negli ambiti identificati a maggior rischio, sino al completamento. Linee di indirizzo regionali: “Indicazioni per l’ utilizzo in chirurgia di dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale (nov. 2014) Si provvederà a darne ampia diffusione e informazione ; verrà effettuato il monitoraggio d’ uso dei sistemi rispetto all’ applicazione del documento.	Eseguito il monitoraggio annuale dei trattamenti con terapia a pressione negativa; migliorato il percorso di attivazione e del feed back informativo rispetto all'avvio e alla conclusione dei trattamenti. E' stato esteso l' utilizzo dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza (+ 12,1 %), in accordo con il SPPA. In collaborazione con le direzioni mediche di ospedale è stato avviato il monitoraggio informatizzato dell' adesione alle Raccomandazioni Regionali sull' utilizzo in chirurgia di dm ad ultrasuoni e radiofrequenza; il risultato di tale monirotaggio ha evidenziato un' adesione del 79%.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze attività e sistemi di monitoraggio	DAF AVEN	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	5.4.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa
farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, rispetto al 2015, dovrà non
superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015".
Gli obiettivi di seguito descritti e i rispettivi indicatori saranno valutati anche utilizzando gli indicatori del sistema SivER.
-Assistenza farmaceutica convenzionata:
L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale.É richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di
farmaci;
-Acquisto ospedaliero di farmaci:
Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC.
Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni:- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di
trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto;- adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso
-Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV;
-Per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica si conferma, anche per l'anno 2016, che l'utilizzo dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco
-Tra i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo per terapia
-Perseguire l'uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche;
- Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci.
-Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che l'Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni,
verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Per il monitoraggio di tali attività verranno effettuate apposite ricognizioni al termine del mese di settembre (dopo la scadenza del termine per l'adozione dei provvedimenti di revisione delle Piante organiche). L'art. 12 della LR2/2016 dispone inoltre che ogni azienda USL attivi un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutiche. Nel mese di settembre verrà effettuato apposito monitoraggio. (per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici, pag 18)

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**5.4.2.1**	**Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016**			

Descrizione	Rendicontazione
Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, rispetto al 2015, dovrà non superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015".Tabella 1 - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)(per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.1 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 18)	La spesa farmaceutica convenzionata netta dell'Azienda USL di Parma è stata pari a 46.392.849,5 € con una riduzione del 3,95%, corrispondente ad una spesa convenzionata procapite di € 105,09

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.2**	**Assistenza farmaceutica convenzionata**			

Descrizione	Rendicontazione
L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. É richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di farmaci; in particolare si chiede: -il contenimento del consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno ....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 18)	E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori. La percentuale di DDD farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte 81,9 % I I consumo di PPi è stato pari a 52,83 DDD 1000 ass.pesati die, il consumo dei sartani a brevetto scaduto sul totale dei sartani = 87,4 % . E stato presentato il pacchetto informativo sulla vitamina D in alcuni NCP Sono stati fatti 65 incontri individuali con MMg , 19 incontri di NCP e 7 incontri distrettuali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli inibitori di pompa protonica e l'uso appropriato degli antipsicotici nella popolazione anziana.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B3	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti (generici), biosimilari e farmaci a brevetto scaduto secondo gli indirizzi Regionali	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.3**	**Acquisto ospedaliero di farmaci**			

Descrizione	Rendicontazione
Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC. Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni: - adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto; -adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni: - epoetine il 60% - ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa - anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole - insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati; - introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 19)	Diffusione mensile ai medici ospedalieri delle raccomandazioni regionali contenenti le linee di indirizzo d'uso dei nuovi farmaci oncologici elaborate dal GreFO. Avvio dell'attività di monitoraggio in base alle nuove indicazioni regionali per il rispetto delle previsioni concordate con i clinici. Il consumo di di penicilline associate a inibitori delle betalattamasi nel 2016 ha registrato un calo dell' 1,2% rispetto allo stesso periodo del 2015, mentre i fluorochiniloni una riduzione del 9,83%. In ambito pediatrico la riduzione nel 2016 vs 2015 dei consumi di cefalosporine è stata dell' 11,5% e di macrolidi è stata dell0 0,9%. Il numero di nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con NAO per Fanv nel 2016 è stato pari a 1302. La prescrizione dell'associazione tra bifosfonato e vitamina D nel 2016 ha registrato un calo del 4% rispetto allo stesso periodo del 2015. In relazione all' impiego dei biosimilari a) epoietine)53,7%; nonostante la carenza del biosimilare aggiudicatario della gara, sono stati reggiunti valori elevati. b) ormone della crescita : 90% su pazienti nuovi, ad esclusione delle prescrizioni provenienti da fuori regione c) anti TNF alfa (solo gastroenterologia dell' ospedale di Vaio) 30% Biosimilare reumatologia appena uscito Decade l' obiettivo del biosimilare dell' insulina glargine, in quanto la gara è stata aggiudicata all' originator, per prezzo inferiore.

Obiettivi Performance	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.4.2.3**	**Acquisto ospedaliero di farmaci**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.4.2.4**	**Adozione di strumenti di governo clinico**			

Descrizione	Rendicontazione
Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta. Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori: -dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. .... Al fine di sensibilizzare il personale sanitario sulla vigilanza dei dispositivi medici e sugli obblighi di segnalazione degli incidenti con dispositivi medici, le Aziende sanitarie devono programmare, per il 2016, attività di formazione su tale tema (per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 21)	E' stato incrementato il monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci non ricompresi nel Prontuario Regionale al fine di sensibilizzare i clinici ad attuare il processo di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica , favorendo così le prescrizioni di farmaci del PTR in continuità terapeutica H - Territorio. Monitoraggio delle prescizioni dei farmaci erogabili con piani terapeutici disponibili nella piattaforma sole.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di ADR inserite nella piattaforma web “VigiFarmaco” sul totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=			38,00%	42,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.5**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Flusso Di.Me.**			

Descrizione	Rendicontazione
La Legge 125/2015 ha introdotto il meccanismo del payback, ossia la compartecipazione delle imprese fornitrici al ripiano dello sforamento del tetto di spesa prefissato (pari al 4,4% del finanziamento statale del SSN nel 2015), in misura pari al 40% nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a partire dal 2017. La spesa regionale dei dispositivi medici rilevata nel flusso Di.Me. per l'anno 2015 è stata pari a circa 374 milioni di €, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente. Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2015, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, superando ampiamente la soglia limite dell'indicatore LEA per la valutazione della qualità del flusso (65%). Appare tuttavia ancora critica la rilevazione nel flusso Di.Me. dei consumi dei dispositivi medici diagnostici in vitro e dei dispositivi per l'assistenza integrativa e protesica. L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i consumi dei dispositivi medici, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato e monitorare il grado di adesione delle Aziende sanitarie alle gare di acquisto centralizzate. In particolare si richiede di migliorare la completezza del flusso reativamente ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).	Nel corso del 2016 si è iniziato ad inserire nelle anagrafiche dei prodotti il codice RDM anche per i diagnostici in vitro (IVD), ai fini della corretta rilevazione dei consumi attraverso il flusso Di.Me. In particolare la copertura delle referenze ha raggiunto la percentuale del 23,5% (219 su 940), valore determinato dal fatto che la maggior parte degli IVD è risultato privo di registrazione nella banca dati DM, precludendo così il conseguimento della totale copertura. Relativamente ai prodotti per l'assistenza integrativa e protesica distribuiti sul territorio, non si rilevano particolari criticità sulla completezza dei dati del flusso Di.Me. per quanto riguarda l'indicatore " Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico" sono disponibili i dati riferiti al periodo gennaio-settembre 2016 (9 mesi).

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.6**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici**			

Descrizione	Rendicontazione
Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015. Per perseguire l'obiettivo, le Aziende sanitarie devono dare applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di: -medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche -dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza -dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) - terapia a pressione negativa. Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici la Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) produce raccomandazioni e documenti tecnici per l'utilizzo dei dispositivi ad alto costo sulla base delle migliori prove di efficacia e delle caratteristiche dei prodotti. Tali raccomandazioni, sviluppate in coerenza alla programmazione dell'Agenzia regionale per gli acquisti centralizzati (INTERCENT-ER), costituiscono la base per la definizione delle strategie regionali di approvvigionamento per tali dispositivi. Inoltre, a tutte le aziende si richiede l'adesione alle gare centralizzate dei dispositivi medici di Intercent-ER.Tutte le aziende dovranno porre particolare attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del progetto Bersaglio; per le aziende il cui valore 2015 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una riduzione della spesa.Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015	In riferimento al "progetto Bersaglio", per quanto riguarda l'anno 2016 in rapporto all'anno 2015, si si evidenzia quanto segue: - la spesa generale ospedaliera è diminuita, passando da 8.305.736 € a 8.217.295 € - la spesa ospedaliera per guanti non chirurgici è diminuita, passando da 95.292 € a 93.912 € - la spesa ospedaliera per suturatrici meccaniche è diminuita, passando da 164.050 € a 141.308 € - la spesa ospedaliera per dispositivi per elettrochirurgia è diminuita, passando da 186.908 € a 133.614,4 € - la spesa ospedaliera per siringhe è diminuita, passando da 42.765 € a 42475 €. - Relativamente ai dispositivi con meccanismo di sicurezza in ambito ospedaliero, si è proceduto con l'implementazione delle forniture, con un incremento da 142.420 a 170.499 pezzi (+ 19,7%) - Terapia a pressione negativa: utilizzo monitorato in rapporto alle indicazioni regionali. Eseguiti 7 trattamenti, conformi alle linee-guida; corretta compilazione della modulistica prevista.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		38,92		30,59		
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		402,83		392,37		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.6**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		1,08		1,15		
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=						
Spesa suturatrici meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		25,46		22,53		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.7**	**Attuazione della LR 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”**			

Descrizione	Rendicontazione
L’art. 64 della LR 13/2015 prevede che l’Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Inoltre, in caso di inerzia dei Comuni, sono sempre i servizi farmaceutici delle Aziende Usl a dover segnalare alla Regione le inadempienze dei comuni e a compiere l’attività istruttoria affinché la Regione possa eventualmente esercitare il potere sostitutivo necessario per completare la revisione delle piante organiche nell’intero territorio comunale.Per il monitoraggio di tali attività verranno effettuate apposite ricognizioni al termine del mese di settembre (dopo la scadenza del termine per l’adozione dei provvedimenti di revisione delle Piante organiche). L’art. 12 della LR2/2016 dispone inoltre che ogni azienda USL attivi un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutiche. Nel mese di settembre verrà effettuato apposito monitoraggio.	E' stata svolta l'attività istruttoria del procedimento di revisione delle piante organiche. In particolare è stato svolto il controllo sui progetti delle piante organiche dei comuni del territorio provinciale. Relativamnete a quanto disposto dall'art.12 della L.R. n.2 /2016R nella home page del sito internet aziendale esiste un ' area dedicata alle farmacie convenzione all'interno della quale viene riportato l'indirizzo , il numero di telefono e la localizzazione di ogni farmacia.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Sub-Area	5.5	Medicina riabilitativa

Settore	5.5.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Con riferimento ai temi strategici contenuti nel Piano delle Performance Aziendale 2016-2018, nella programmazione delle attività di riabilitazione sanitaria per il prossimo triennio sono stati individuati obiettivi di miglioramento e sviluppo nelle seguenti aree tematiche : 1) integrazione ospedale -territorio e percorsi di continuità assistenziale 2) integrazione socio-sanitaria 3) accessibilità ai servizi 4) gestione paziente cronico 5) interventi di promozione della salute.
Le attività si svolgono nelle reti cliniche e nei percorsi clinico-organizzativi di riabilitazione esistenti per favorire la continuità dei percorsi riabilitativi: Progetto GRACER per Gravi Cerebrolesioni (PSR RER 1999-2001), Mielolesioni (DGR RER n. 541 2012) Gravi Disabilità Neuro-Motorie dell'età evolutiva DGR n. 138 /2008) , Gravissime Disabilità Acquisite (GraDA, DGR n. 2068/2004 DGR n. 840/2008), Stroke (DGR n. 1720/2007), Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 169/2013), paziente anziano con frattura di femore (DGR n. 1133/2013), Sclerosi Multipla (DGR n. 1134/2015), Linee Indirizzo Regionali percorsi clinico-organizzativi assistenza protesica, ortesica e fornitura ausili tecniologici (DGR n. 1599/2011).
Ci si propone: 1.implementazione dei percorsi di integrazione con Medicina Riabilitativa Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per la continuità assistenziale e l' appropriatezza della scelta dei diversi setting riabilitativi, con riferimento alle esperienze da tempo consolidate e al modello funzionale del "Progetto Polo Provinciale Riabilitativo Integrato" (Del. Ausl n. 697/2014). 2.implementazione all'interno della C.d.S. delle attività di presa in carico multidisciplinare territoriale delle persone con disabilità conseguenti a malattia neurologica attraverso lo sviluppo dei modelli clinico - organizzativi di interazione tra UO di Medicina Riabilitativa e UOC Neurologia esistenti, quali il DSA SM neurologico-riabilitativo presente dal 2012 nella C.d.S. Pintor, anche in considerazione della istituzione del Polo Neurologico Interaziendale e della individuazione della C.d.S. Pintor quale centro Hub (Del. Ausl n. 880/2013) 3. miglioramento dei percorsi di integrazione socio - sanitaria nelle sedi istituzionalmente individuate (UVM-Commissioni GraDA) 4. sviluppo progettuale ed organizzativo all'interno delle C.d.S. delle attività di promozione della salute in collaborazione con il dipartimento Salute Pubblica 5. consolidamento esperienze di riabilitazione territoriale peculiari : Cure Intermedie C.d. S. San Secondo, Spoke A e T riabilitazione disabilità neuro-motorie in età evolutiva.

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.1**	**Attività fisica di mantenimento finalizzata alla promozione della salute di persone affette da patologie croniche e disabilità stabilizzata e per la prevenzione delle cadute : Attività Fisica Adattata (AFA) , Progetto OTAGO**			

Descrizione	Rendicontazione
Proseguimento attività progettuali per l'organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute nelle C.d.S.	Il riferimento è costituito dal Progetto 3.8 PRP 2015-2016 il cui obiettivo è la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65 attraverso programmi di counselling e di attività motoria mirata condotta da personale fisioterapista con scelta del setting diversificato (ambulatoriale/ domiciliare) a seconda dell'età e dei fattori di rischio presenti e coinvolgimento del MMG all'interno delle C.d.S. Nel corso del 2016 si è dato avvio alla identificazione del team professionale (2 medici fisiatri e 1 Ft. coordinatore) relativo ai componenti di parte aziendale , assolvendo al debito del progetto previsto per il 2016 . il team professionale ha fornito contributo progettuale alle attività del gruppo regionale istituito per la definizionedegli aspetti organizzitivi e tecnici del progetto. L'attuazioen del progetto a partire da una C.d.S. avverrà a partire dal 2017 coinvolgendo i portatori di interesse interni ed esterni alla azienda. Per il 2017 è previsto avvio ai percorsi di formazione ai MMG. Sarà necessario supporto aziendale per il coinvolgimento dei DCP per il ruolo chiave agito nel coinvolgimento degli stessi. ALLEGATO 1

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute		Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.5 GPG /2013/283 Piano della prevenzione RER 2016-2018

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.2**	**Consolidamento riabilitazione sanitaria area delle cure intermedie C. d. S. San Secondo**			

Descrizione	Rendicontazione
Nell'ambito delle cure intermedie di riabilitazione sanitaria territoriale e' stato attivato il Modulo di Riabilitazione Estensiva Territoriale nella Casa della Salute di San Secondo. Target: pazienti affetti da disabilità conseguenti a problematiche ortopediche e neurologiche che necessitano alla dimissione dai reparti ospedalieri per acuti e/o in seguito a ricovero riabilitativo di periodo di riabilitazione in ambiente protetto finalizzato alla reintegrazione sul territorio. Ci si propone per il 2016 consolidamento delle attività secondo standard di esito e di processo dello scorso anno.	Nel corso del 2016 è proseguita l'attività di week-hospital presso la Casa della Salute di San Secondo, attività cui si è dato avvio nel gennaio 2014 e derivata dalla riorganizzazione di parte delle attività programmate rivolte ad utenti stabilizzati dal punto di vista clinico che necessitano di programmi di riabilitazione estensiva. Il numero dei ricoveri nel corso del 2016 evidenzia una percentuale significativa di incremento dei ricoveri rispetto al valore atteso. ALLEGATO 2

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie		Obiettivo di mandato DG Ausl 1.1 1.2

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n° ricoveri	Atti DVC	Numero =	50,00	88,00	58,00	124,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.5.1.3**	**Attività di integrazione socio-sanitaria**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire da parte dei professionisti della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria a favore di persone disabili adulte e della età evolutiva nell'ambito dei processi e funzioni assegnate, con particolare riferimento alle attività istituzionali nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Commissioni Distrettuali GraDA, in raccordo e con contributo progettuale alle funzioni di coordinamento aziendale delle attività esercitate dal DAS, con mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatri referenti.	In tutti gli ambiti distrettuali sono proseguite nel corso dell'anno le attività dei medici fisiatri e dei fisioterapisti referenti Commissioni Distrettuali UVM e GraDA per le attività di integrazione socio-sanitaria previste dai riferimenti regionali ed aziendali e a garanzia del flusso informativo RER. E' in corso contributo progettuale da parte dei professionisti della riabilitazione al gruppo di miglioramento istituito a livello aziendale che fa capo al DASS. ALLEGATO 3

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		DGR 2068/04,DGR 840/08,FRNA,FNA ,FSR,Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.8

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**5.5.1.4**	**Ridefinizione PDTA interaziendale SLA**			

Descrizione	Rendicontazione
Attività progettuale finalizzata alla revisione del PDTA interaziendale 2007	I riabilitatori hanno fornito contributo progettuale alla prima fase di revisione del PDTA SLA con particolare riferimento a : 1. analisi modalità organizzativa interaziendale attuali 2. fasi della malattia e specifici bisogni socio-sanitari 3. identificazione professionisti di riferimento a livello distrettuale 4. revisione interventi specifici (es. riabilitativi, pneumologici.). Nel corso del secondo semestre 2016 si è svolto il primo incontro del gruppo di lavoro provinciale e si è dato avvio in alcuni distretti agli incontri di confronto multi/interprofessionale, con coinvolgimento dei MMG , sulle problematiche cliniche degli utenti in carico ai diversi servizi.ALLEGATO 4

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 169/2013)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.5**	**DSA 2 neurologico-riabilitativo Sclerosi Multipla C.d.S. Pintor**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor-Molinetto in integrazione con UOC Neurologia , e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali da parte del medico fisiatra referente	Nel corso del 2016 sono stati presi in carico con modalità DSA n° 59 utenti a favore dei quali sono state effettuate n° 206 prestazioni mediche e psicologiche e n° 1210 prestazioni riabilitative, fisioterapiche e logopediche. Indice di performance = 96,40 %. Da segnalare transitorie problematiche informatiche che hanno condizionato disponibilità agende riperquotendosi sui livelli di performance.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance	programma informatico	% =	100,00%	100,00%	92,60%	96,40%	93,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.6**	**Attivazione percorso integrato presa in carico disabilità neurologiche C.d.S. Pintor**			

Descrizione	Rendicontazione
Attività progettuali finalizzate alla facilitazione della integrazione della figura del neurologo per la presa in carico multidisciplinare territoriale degli utenti affetti da disabilità conseguente a problematiche neurologiche afferenti alla UOS di MR territoriale , con riferimento ai modelli organizzativi dei percorsi di presa in carico riabilitativa esistenti (rete H/S, MR AOU , DCP)	Sono in corso i definizione le modalità organizzative e i percorsi delle attività Hub Polo neurologico svolte presso UOS MR C.d.S. Pintor -Molinetto, con particolare riferimento a presa in carico neurologico- riabilitativa malati SM e revisione percorso DSA 2 - SM . E' stata presentata proposta organizzativa al Direttore Distretto e DCP relativa alle modalità organizzative delle attività ambulatoriali del personale medico neurologo per prima fase sperimentale avvio attività. Relativamente alla presa in carico multidisciplinare dei malati SM nel corso del secondo semestre 2016 si è dato avvio agli incontri interaziendali tra i vari professionisti coinvolti (neurologi, personale della riabilitazione) della AOU di PR , Ospedale Vaio, territorio Ausl con la finalità di sviluppare PDTA comune interaziendale. ALLEGATO 5A -5B

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.3, 925/11, DGR 1803/2009

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali	evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.7**	**Presa in carico riabilitativa disabilità neuro-motorie età evolutiva**			

Descrizione	Rendicontazione
Mantenimento attività di riabilitazione Spoke A e Spoke T afferenti alle UO di MR presenti nelle C.d.S. secondo riferimenti Linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuro-motorie in età evolutiva secondo modello RER H/S; monitoraggio e governo clinico interazioni tra servizi MR , AOU e UONPIA	Sono proseguite nel corso del primo semestre le attività di valutazione fisiatrica delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva secondo il modello che prevede 1) presa in carico riabilitativa (attività Spoke T) dei bisogni riabilitativi degli utenti residenti nel distretto di PR 2) attività di consulenza (Spoke A) su richiesta del NPI di riferimento per i bambini in carico alla UONPIA. ALLEGATO6

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		DGR 138/2008

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale attività	evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.5.1.8**	**Percorsi di Integrazione ospedale-territorio e nelle reti H/S per le attività di riabilitazione sanitaria**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio con precoce presa in carico territoriale per proseguimento attività riabilitative nell'ottica della unitarietà degli interventi e della loro integrazione nella rete riabilitativa interaziendale, con particolare riferimento a 1) percorso ortogeriatrico 2) percorso pazienti affetti da disabilità neurologiche 3) percorso interaziendale pazienti SLA 4) attività di riabilitazione neuropsicologica. Identificazione di modelli di interazione condivisi in ambito aziendale, con riferimento al Polo riabilitativo provinciale	Sono proseguite nel corso del 2016 i percorsi di interazione Ospedale-territorio a garanzia del percorso di continuità assistenziale e appropriatezza della tipologia di setting riabilitativo. E' stata garantita la tempistica dei tempi di presa in carico degli utenti segnalati (3gg lavorativi). E' stata garantita la partecipazione del personale alle attività di incontro interaziendali mensili per la discussione dei casi (rete attività neuro-psicologiche). A scopo esemplificativo, in allegato dati relativi alle attivazioni MR AOU PR pervenute alla MR Distretto PR. ALLEGATO7

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.2

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali	evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Sub-Area	5.6	PATOLOGIE CRONICHE

Settore	5.6.1	Prevenzione cardiovascolare
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Applicazione del PDT regionale per lo Scompenso Cardiaco a tutte le realtà aziendali		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	5.6.1.1	Estendere ed omogeneizzare l'applicazione del PDT/SC			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento attività degli Ambulatori per lo SC di Parma e Colorno. Attivazione Ambulatorio Scompenso alla casa della Salute di Langhirano. Integrazione clinica ed organizzativa dell'ambulatorio scompenso della Casa della Salute di San Secondo e delle attività di day hospital e di riabilitazione dell'Area Omogenea di Cardiologia del Presidio Ospedaliero Aziendale.			Prosegue l'attività degli ambulatori scompenso di Parma Colorno e Langhirano. Nella casa della Salute di Colorno è ormai consolidata la pratica dell'ambulatorio della cronicità a gestione infermieristica. I cardiologi della casa della Salute di San Secondo svolgono incontri di formazione per l'utilizzo delle procedure informatiche aziendali. Presso la Casa della Salute di Colorno è iniziata la formazione e l'utilizzo delle procedure informatiche da parte dei cardiologi, del personale infermieristico e dei medici di medicina generale .		
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Riferimento Normativo	DGR 172/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio attività presso Casa della Salute a Langhirano	Atti Direzione Sanitaria	Data =	02/02/2016		02/02/2016			
N. prestazioni effettuate negli ambulatori di Parma e Colorno	Flusso ASA	Numero >=		832,00		1.155,00		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**5.6.1.2**	**Integrazione ospedale-territorio nella gestione dello scompenso cardiaco**			

Descrizione	Rendicontazione
Stabilizzare i rapporti di gestione dei pazienti con SC tra Ospedale e Territorio. Collaborazione tra Cardiologi ospedalieri e territoriali.	Si sono svolti due incontri per la gestione dei pazienti con malattia aortica e dei pazienti con cariopatia ischemica cronica. In tali incontri si sono sviluppati schemi di integrazione tra la cardiologia ospedaliera e quella territoriale. Nel mese di novembre si è riunita la Commissione Cardiolgica Provinciale con la presenza dei due Direttori Sanitari e si è deciso di costituire un gruppo di lavoro tecnico interaziendale per una revisione del PDT provinciale dello Scompenso.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.6.1.3**	**Adesione al Piano Regionale per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione attività del gruppo di lavoro aziendale Richiamo e rivalutazione dei soggetti target Prosecuzione del counseling su stili di vita,ed eventuali terapie. Attivazione della somministrazione della Carta del rischio in quattro Case della Salute (Colorno, Collecchio, Busseto e Bedonia)	Il gruppo di lavoro aziendale si è riunito con il persomnale delle Case della Salute addetto allo screening per verificare gli accessi alle attività di prevenzione in tutti i settori previsti (cardiologia, centro antifumo, alcoologia e ambulatorio di dietologia). Sono stati effettuati i richiami dei soggetti della precedente campagna svolta presso la Casa della Salute Molinetto-Pintor. E' in corso il reclutamento dei soggetti nelle quattro Case della Salute, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Regionale. Entro il 31/12/2016 gli obiettivi di reclutamento riguardanti il progetto regionale sono stati raggiunti e documentati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza monitoraggio regionale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.6.1.4**	**Centro territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare**			

Descrizione	Rendicontazione
Inizio di attività clinica del Centro Territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare Primaria e Secondaria all'interno della Casa della Salute Parma Centro in integrazione con le Reti cliniche di Prevenzione Cardiovascolare	Il 23 settembre è stato inaugurato il Centro.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute		DGR 172/15 (Obiettivi di mandato del Direttore Generale – punto 1.5)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inizio di attività del Centro Territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare Primaria e Secondaria	Atti Direzione Sanitaria	Data >=	30/06/2016			23/09/2016		

Settore	5.6.2	Nutrizione Artificiale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La programmazione 2015-2016 avrà come obiettivo l'introduzione di strumenti di valutazione nutrizionale e di gravità della disfagia nelle struture protette con conseguente adozione di programmi terapeutici specifici (trattamento di patologie ad alto impatto nell'anziano come le lesioni da pressione e la disfagia).	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**5.6.2.1**	**Mantenimento giornate e livelli di spese**			
Descrizione			Rendicontazione		
Contenimento dei livelli di spesa raggiunti nel 2015			In linea con i risultati attesi.		
Obiettivi Performance	E1	Equilibrio economico-finanziario in sede previsionale	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Volumi economici di spesa inferiori alla spesa rilevata nel 2015	DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=	924.674,00	1.862.283,00	900.939,00	1.875.669,35	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**5.6.2.2**	**Riorganizzazione dei processi di cura**			

Descrizione	Rendicontazione
Riorganizzazione dei processi di cura in ambito territoriale attraverso la costruzione di PDTA diretti alla valutazione della disfagia dei pazienti ospiti delle strutture protette in collaborazione con i servizi di riabilitazione e geriatria territoriale.	A discussione avvenuta, è in preparazione il documento da portare all'attenzione della Direzione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione e validazione documento	UOS Nutrizione artificiale, Riabilitazione e Geriatria territoriale	Data		31/12/2016				

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**5.6.2.3**	**Terapia nutrizionale delle lesioni da pressione**			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi formativi ai fini dell'attuazione di specifici percorsi di cura nei pazienti affetti da lesioni da pressione ricoverati presso le strutture assistenziali territoriali	E' già stato svolto un incontro nel primo trimestre 2016 presso la Casa della Salute di Colorno ed è in preparazione un ulteriore evento in sede da definire.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Interventi formativi diretti alle strutture	UOS Nutrizione Artificiale e Geriatria Territoriale	Numero <=	1,00	2,00	1,00	1,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.6.2.4**	**Equipe interaziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.	Il Direttore dell'U.O. di NA ha presentato alla direzione sanitaria un documento propedeutico all'obiettivi assegnato.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Costituzione equipe	atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Sub-Area	5.7	Sviluppo reti cliniche pediatriche

Settore	5.7.1	Area Territoriale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**5.7.1.1**	**Profilo Pediatrico Distrettuale**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.	Sono state pianificate le modalità di diffusione tra i professionisti del "Profilo Pediatrico 2015", che hanno previsto l'organizzazione di un incontro di UPCP in tutti i distretti per affrontare le tematiche principali contestualizzando gli argomenti nei rispettivi territori. Il Profilo PLS 2015 è stato inviato a tutti i PLS. Prosegue il progetto di ricerca che consente di valutare le scelte assistenziali in un ottica di appropriatezza e di miglioramento degli esiti clinici.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici	Verbali riunioni	Numero =		1,00	3,00	1,00		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.7.1.2**	**Programmi vaccinali**			

Descrizione	Rendicontazione
Offerta delle vaccinazioni in copayment previste dalla Regione Emilia Romagna. Offerta delle vaccinazioni al bambino cronico in applicazione della circolare sulle malattie invasive batteriche-MIB,della Regione Emilia-Romagna.	Le vaccinazioni in copayment, con particolare riferimento a vaccinazione antirotavirus, meningiti e varicella, vengono somministrate a tutti i bambini che lo richiedono previa presentazione di richiesta scritta da parte del Pediatra curante. (rif. Circolare regionale del 09/04/2014). Le vaccinazioni per il bambino cronico previste dalla Circolare regionale 19/06/2014 vengono eseguite a tutti i bambini con patologia cronica per la quale è prevista indicazione che accedono al servizio; al momento non è disponibile uno strumento informatizzato utile per un conteggio preciso, ma riteniamo che tutti i soggetti con malattia cronica abbiano almeno iniziato il calendario per le MIB

Obiettivi Performance	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	Riferimento Normativo	nota RER PG2014 N108763 del 09/04/2014, nota AUSL-PR prot int 54566 del 22/07/2014, PG/2014/240655 del 19/06/14

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettuazione vaccinazioni in copayment (% delle richieste)	Applicativo gestionale anagrafe vaccinale	% >=		90,00%	90,00%	90,00%		
Effettuazione vaccinazioni bambino cronico(% dei malati cronici)	Applicativo gestionale anagrafe vaccinale	% >=		70,00%	70,00%	70,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.7.1.3**	**Patologie croniche pediatriche**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con provvedimenti conseguenti: eventi formativi per PLS e attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso.	Nell'anno 2016 l'ambulatorio del bambino obeso, gestito da un Pediatra della Pediatria di Comunità di Parma (dott.ssa Caselli) ha eseguito 66 prime visite e 57 di questi bambini hanno eseguito anche la visita di controllo generale a 3-6 mesi; inoltre sono stati eseguiti 356 controlli settimanali. Per motivi organizzativi in corso d'anno si è ridotto il numero dei collaboratori (nutrizionista e psicologo) e conseguentemente si è registrata una riduzione delle prime visite.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso ed obeso di cui alla deliberazione N. 2071/2010-Approvazione del Piani Regionale della Prevenzione" DGR 780/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio attività del percorso: n. bambini presi in carico presso ambulatoriale dell'obesità pediatrica	Verifica presso sedi ambulatoriali	Numero =		100,00		66,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.7.1.4**	**Attivazione del "Polo Pediatrico" nel Distretto di Parma**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel Polo Territoriale Pediatrico del Distretto di Parma confluiranno le funzioni sanitarie di base e specialistiche legate all'assistenza pediatrica, la pediatria di comunità, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la medicina riabilitativa in età evolutiva ed alcune attività della sezione salute donna. Il nuovo Polo Pediatrico, che diventerà la sede dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie e sarà punto di riferimento nel quale si svolgerà una attività specialistica integrata, nell'ottica della centralità del bambino e della sua famiglia, e costituirà sia il completamento territoriale dei percorsi di cura attivati presso l'Ospedale del Bambino, sia il potenziamento e lo sviluppo dei servizi di 1° livello già presenti nei poli territoriali.	Sono in corso di ultimazione dei lavori di realizzazione del Polo Pediatrico.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli inidrizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione del Polo Pediatrico	Atti del Distretto di Parma	Sì/No		Sì		No		

Settore	5.7.2	Area Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Gli obiettivi del 2016 per la parte ospedaliera pediatrica sono quelli del consolidamento della formazione atta a garantire la miglior risposta assistenziale in situazioni di urgenza anche in considerazione del maggior numero di utenti in età pediatrica che accedono al PS del nostro Ospedale e all'incremento del trend delle nascite presso l'Ospedale di Vaio. Correlatamente si sente l'esigenza di modificare l'attuale cartella clinica nell'ottica di una cartella clinica integrata rispondente anche alle mutate esigenze clinico-assistenziali. Si darà inoltre forma a percorsi per migliorare l'accesso all'ambulatorio di cardiologia pediatrica viste anche le attuali mutazioni di esigenze indotte dalle normative sull'abilitazione all'attività fisica in età pediatrica e a percorsi per specifiche esigenze assistenziali per gruppi di neonati nati da madri con problematiche neurologiche o psicologiche.	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale
Obiettivo	**5.7.2.1**	**Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presido Ospedaliero Aziendale - Formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Formazione e aumento delle competenze: per il 2016 proseguiranno la formazione alle manovre di assistenza neonatale per medici, infermieri e ostetriche del Nido secondo le linee guida SIN (Società Italiana di Neonatologia) e gli incontri di formazione alle manovre PBLSD (Pediatric Basic Live Support and Early Defibrilation)	Nel primo semestre 2016 sono stati eseguiti 2 corsi di rianimazione neonatale base e due corsi avanzati per medici, infermieri e ostetriche nel primo semestre 2016. E' stato eseguito un corso PBLSD con la partecipazione anche di istruttori e formatori extra-aziendali. Nel secondo semestre sono stati effettuati due corsi di rianimazione neonatale base per gli operatori della sala parto e un corso avanzato con la partecipazione anche di esperti extra-aziendali provenienti da una terapia intensiva neonatale . Inoltre è stato completato un corso di formazione per infermieri del Nido svoltosi nel periodo marzo - novembre 2016 per la formazione alle manovre di assistenza neonatali svoltosi con la partecipazione di un istruttore infermiere specializzato di terapia intensiva neonatale

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Line guida SIN sulla rianimazione neonatale in sala parto e sulla stabilizzazione del neonato. Linee guida SIMEUP sulla rianimazione pediatrica

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza eventi formativi	U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.7.2.2**	**Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presido Ospedaliero Aziendale - Percorsi ambulatoriali ECG e Ecocardiografia**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione percorso ambulatoriale modificato per ECG e Ecocardiografia pediatrica	E' stato progettato un nuovo percorso ambulatoriale in particolare per gli utenti che necessitano di ECG e di visite per idoneità sportiva in collaborazione con la medicina dello Sport dell'azienda USL di Parma al fine di ottimizzare il servizio e per ridurre liste di attesa per patologia dell'ambulatorio cardiologico. Il percorso è stato definito, l'evidenza documentale completata ma il progetto ha subito un ritardo per motivi di carattere organizzativo legati all'unica figura cardiologica pediatrica presente nella nostra U.O. e per permettere il coinvolgimento e la condivisione del progetto stesso anche con il Centro di riferimento cardiologico pediatrico provinciale dell'AO di Parma. L'avviamento del progetto è comunque previsto nei primi mesi del 2017 .

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica		DGR 1056/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.7.2.3**	**Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presido Ospedaliero Aziendale - percorso allatamento e utilizzo farmaci**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione di un percorso per le madri e i neonati di madri che assumono farmaci neurolettici o psicofarmaci finalizzato al benessere madre bambino e al favorire l'allatamento materno.	E' stato realizzato il documento che definisce il percorso. Il documento, che prevede anche la stesura di un consenso informato, prima della definitiva applicazione sarà sottoposto all'analisi del Servizio di Medicina Legale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**5.7.2.4**	**Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presido Ospedaliero Aziendale - Cartella clinica neonatologia e pediatrica**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione di una nuova cartella clinica neonatologica e pediatrica per meglio adeguare le cartelle stesse alle esigenze assistenziali e terapeutiche e in un ottica di prevenzione del rischio clinico secondo i concetti della cartella clinica integrata	La nuova cartella è stata realizzata secondo le indicazioni della cartella integrata. La stesura è stata discussa in diverse riunioni collegiali con l'apporto dei professionisti del reparto. La bozza è stata portata all'attenzione del Servizio di Medina Legale. La nuova cartella è quindi stata rivalutata prima dell'invio alla stampa con gli operatori interessati per il definitivo completamento e sarà utilizzata dai primi mesi del nuovo anno.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1706/2009

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	5.7.3	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obbiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.7.3.1**	**Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici**			

Descrizione	Rendicontazione
Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obbiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/ PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi: -Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici -Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)	Si è provveduto a informare i PLS (nota prot 84197 del 17/11/2015) in merito all'aggiornamento degli applicativi rispetto al gestionale software ProBA sviluppato con il supporto della Regione, coerentemente con le Linee Guida Regionali per la gestione della faringotonsillite e sul fatto che la rendicontazione dei test eseguiti dovrà avvenire con modalità informatizzata funzionalmente al riconoscimento dell'incentivo. E' stato organizzato con AOSPU un seminario "La faringotonsillite acuta e l'otite media acuta in età pediatrica-Linee Guida Regionali" orientato a condividere l'approccio terapeutico più appropriato determinando, conseguentemente, una riduzione della prescrizione di antibiotici e appropriatezza nella scelta delle molecole. Si è registrata una riduzione delle prescrizioni di amoxicillina/clavulanato del 7,7% rispetto al 2015 con il corrispondente , coerente, aumento nelle prescrizioni di amoxicillina di 8%. Le DDD di cefalosporine prescritte sono in diminuzione -11,5% rispetto all'anno precedente. Il tasso di prescrizione degli antibiotici pediatrici passa da 764,71 su 1000 assistiti a 742,39, determinando una riduzione del 2,9%.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Distribuzione ai PLS dei test rapidi rispetto al numero di assistiti	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		
Promuovere utilizzo applicativo web Proba con erogazione dell'incentivo al raggiungimento dell'obiettivo minimo(num cartelle all'anno per PLS)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		
Percentuale prescrizione di amoxicillina clavulanato/ amoxicillina (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% <=		97,00%		83,00%		
Tasso di prescrizioni di antibiotici (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% <=		76,47%		74,23%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.7.3.2**	**Allattamento**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento contenuto nell'anagrafe vaccinale regionale riducendo la quota di dati mancanti al di sotto del 10% per le aziende che hanno avuto problemi nel 2015 (Piacenza, Modena, Cesena). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. L'efficacia degli interventi verrà misurata a circa tre e cinque mesi di età del bambino.	Tutte le Pediatrie di Comunità Aziendali hanno partecipato alla raccolta dati sull'allattamento al seno attraverso somministrazione di questionario informatizzato sul programma Onit in occasione di prime e seconde dosi di vaccinazione ; la raccolta dati si è svolta da marzo a novembre 2016. L'elaborazione è consentita solo a livello regionale e prevista a marzo-aprile 2017. Si riportano i dati ufficiali a disposizione relativi al 2015 elaborati nel 2016 dalla Regione. La Pediatria di comunità nel 2016 ha partecipato con un Pediatra referente (dott.ssa Bussolati) ad un convegno regionale e ad incontri aziendali per l'organizzazione di iniziative inerenti la tematica in questione (produzione materiale informativo e organizzazione di eventi sul territorio es. giornata del flash-mob)

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(allattamento completo)	specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%	28,00%	28,00%		
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (allattamento completo)	specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%	52,00%	52,00%		
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(quota di non allattamento)	specifico flusso di riferimento	% <=		32,00%		26,00%		
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (quota di non allattamento)	specifico flusso di riferimento	% <=		23,00%		21,00%		

Sub-Area	5.8	Percorsi di salute per la popolazione immigrata

Settore	5.8.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
La popolazione immigrata residente nella nostra provincia rappresenta ormai il 13.36% (59.507 individui di cui la maggioranza di sesso femminile) di tutta la popolazione della provincia, alla data del 01.01. 2015). A questi vanno aggiunti i non residenti ed i soggetti non iscrivibili ai SSN ed in particoalre si tenga conto delle persone inserite in particolari situazioni di accoglienza (SPRAR, Mare Nostrum o classificati come PSU). Le problematiche sanitarie espresse da questa popolazione (regolari ed irregolari) hanno sempre trovato, nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello Spazio Salute Immigrati, in particolare, importanti punti di riferimento. Permane ,tuttavia, una difficoltà da parte di un gran numero di utenza straniera ad utilizzare adeguatamente e consapevolmente le offerte dei servizi aziendali e le opportunità di cura e di prevenzione nelle loro diverse articolazioni. Diversi, sono i motivi evocati.	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.8.1.1**	**Continuità della figura del promotore di salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Per limitare i rischi potenziali di iniquità sono state formate figure professionali (progetto di Modernizzazione 2010-2012) chiamate promotori di salute; si tratta di membri delle comunità maggiormente residente sul territorio provinciale con buona conoscenza delle realtà territoriali e capace di fungere da ponte tra il servizio sanitario e la comunità al fine di migliorare la circolazione dell'informazione e promuovere ed stimolare azioni di promozione di salute. La finalità è quella di implementare la conoscenza delle varie opportunità di cura offerte dai vari servizi aziendali (funzione di orientamento) tale da migliorare l'accessibilità/fruibilità dei servizi e Migliorare/Rinforzare la partecipazione della comunità alle politiche e campagne di promozione della salute licenziate dall'azienda o su temi identificate dalle comunità. L'attività del Promotore di salute consisterà: sul piano strategico, in un completamento del coinvolgimento del territorio e di tutti gli attori (enti, associazioni, distretti), per la evidenza dei principali determinanti di salute; Sul piano gestionale, in un monitoraggio costante sotto il coordinamento della UO salute immigrati, in stretta collaborazione con i dipartimenti cure primarie.	Nel corso dell'anno 2016 sono proseguite la azioni già programmate dei promotori presso le Case della Salute; si sono aggiunte a tali azioni gli incontri programmati, organizzati a favore della popolazione migrante di recente ingresso in Italia e ancora residente nei Centri di Accoglienza Straordinaria o SPRAR, aventi l'obiettivo di dare completezza alle attività informative/educative rivolte a tale popolazione e migliorare la capacità individuale di autopromozione del benessere e le capacità di interazione con il SSI.. Al fine di potenziare le capacità e le conoscenze dei promotori stessi a fronte di questo nuovo impiego, nel primo semestre 2016 si è programmata ed organizzata una attività formativa ad hoc, (due incontri di programmazione), di concerto con la Direzione Socio-Sanitaria dell'Az. USL ed il Privato di Settore (CIAC). Le azioni conseguenti (in particolare 2 incontri sono stati tenuti da personale del SSI) sono state completate.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri di monotoraggio/aggiornamento con i Promotori di salute	Verbali incontro c/o Casa della Salute	Numero		5,00	2,00	2,00		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.8.1.2**	**Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico**			

Descrizione	Rendicontazione
Presso l'Ausl di Parma, al fine di garantire accessibilità a tutti i cittadini stranieri non iscrivibili al SSN o con difficoltà ad orientarsi adeguatamente nella rete dei servizi o parte di gruppi vulnerabili, sono già attivi ambulatori distrettuali dedicati che funzionano da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale. In queste strutture gran parte dell'attività è finalizzata all'assistenza di medicina di base, educazione sanitaria, alla prevenzione ed a sorveglianza infettivologica. Le attività assistenziali e quelle dell'osservatorio epidemiologico servono anche per meglio orientare le azioni di promozioni della salute sulle criticità osservate. Gli obiettivi proposti nell'anno 2016 sono il consolidamento dell'attività nella sede distrettuale di Parma, la strutturazione delle attività nel Distretto di Fidenza e Borgotaro-Fornovo. Gli obiettivi operativi sono: l'inquadramento sanitario, la acquisizione di una competenza sanitaria personale e di stili di vita salutari, la prevenzione attiva delle malattie diffusive prevenibili, favorire l'emergenza e documentare situazioni di tortura.	La attività ambulatoriale che trova attuazione presso lo Spazio Salute Immigrati (ambulatori di Parma, Fidenza e Fornovo) si rivolge a persone che presentano posizioni differenti nel confronto del SSN: gli ingressi nell'anno 2016 sono stati di 1782 persone (315 donne e 1467 uomini), che hanno avuto accesso al Servizio almeno una volta. Di queste 1227 erano viste nell'ambito della accoglienza migranti: tutte sono state sottoposte all'accoglienza Infermieristica ed Educazione Sanitaria e a Visita Medica di inquadramento sanitario e screening patologia infettiva. Le associazioni coinvolte sono state 44. Per raggiungere le persone (oltre 90 lingue madri) si è fatto ricorso a 35 lingue madri o veicolari, tra le quali il francese e l'inglese, parlate direttamente dagli operatori. I dati di esito del monitoraggio sono conservati presso il Servizio Salute Migranti. La progettazione per il miglioramento dell'attività del Servizio scaturisce dalla riflessione su tali dati (azioni del Progetto Start-ER, percorso di monitoraggio ITBL, monitoraggio stili di vita e promozione salute).

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. prestazioni/n. persone in carico	cartelle cliniche	Numero >=	1,50	2,00	273,00	4,48	100,00%	
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento	cartelle cliniche	% >=	70,00%	70,00%	80,29%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.8.1.3**	**Presa in carico e cura di vittime di tortura**			

Descrizione	Rendicontazione
L'AUSL di Parma ha rinnovato, nel 2015, un protocollo d'intesa con l'associazione di accoglienza di vittime di tortura (CIAC onLus) che opera sul nostro territorio al fine di costituire un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di vari disciplina (sociale e sanitario). Anche per il 2016 dovrà continuare l'attività di sostegno e di presa in carico delle vittime di tortura attraverso due sostanziali linee di indirizzo: il consolidamento del Centro quale punto di riferimento per nuovi casi e il monitoraggio e l'assistenza dei casi già in carico al fine di un più puntuale loro orientamento ai fini di un recupero bio-psico-sociale.	La azione a favore delle persone vittime di violenza, tratta, tortura è proseguita nel corso dell'anno 2016, imponendo al SSI uno sforzo organizzativo ed un impegno superiore all'atteso, in relazione al grande aumento del numero degli arrivi ed alle modificazioni dei flussi migratori. Nel corso del 2016 le Certificazioni Mediche per presentazione alla Commissione Territoriale sono state 118, le Relazioni Psicologiche sono state sospese, in assenza della corrispondente figura professionale, che è stata sostituita 03/10/2016 (il flusso delle le Relazioni riparte dal 2017).

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. certificazioni	salute immigrati	Numero >=	25,00	50,00	72,00	118,00	100,00%	

Sub-Area	5.9	SANITA' PENITENZIARIA

Settore	5.9.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
I provvedimenti normativi contenuti nel DPCM 01.04.2008 e i successivi atti regionali hanno disegnato il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal servizio Sanitario Regionale. La DGR 588/2014 definisce la Casa di promozione e tutela della salute in carcere come un presidio dell'AUSL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dall'accesso, attraverso la collaborazione dei professionisti e la condivisione dei percorsi assistenziali.I conseguenti atti regionali ed aziendali richiedono ora la realizzazione di interventi riorganizzativi che traducano in operatività le indicazioni programmatiche.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.9.1.1**	**Qualità delle cure**			

Descrizione	Rendicontazione
Sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale si rende necessario procedere con azioni di consolidamento dell'organizzazione, finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza, basata su interventi interdisciplinari ed integrati. Attraverso lo sviluppo di equipe integrate che utilizzano il PAI quale strumento di integrazione e la definizione del Profilo di Salute è possibile perseguire una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica.	E' già attiva da maggio 2016 la riorganizzazione sulla base della delibera n.309/2014.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 314/09, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11 Circolare RER n. 15 2013 Deliberazione 309 14

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività equipe integrata	Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	5.9.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
(DGR 588/2014 “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari”)		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell’Efficienza dei Processi
Obiettivo	5.9.2.1	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere -Aspetti Organizzativi			

Descrizione	Rendicontazione
La “Casa di promozione e tutela della salute in carcere” è un presidio della Azienda USL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell’accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l’autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze (DGR 588/2014 “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari”). Per il 2016, si segnalano gli obiettivi, concordati con i responsabili di programma salute nelle carceri, riferiti a Aspetti organizzativi: - Carta servizi: tutte le Aziende USL devono averla specifica per la sanità penitenziaria. - Protocollo prevenzione rischio suicidario - Valutazione incompatibilità salute/detenzione	Per quanto riguarda lal carta dei Servizi è stata deliberata a fine anno. Il Protocollo rischio suicidario è attivo dal dicembre 2015: la presa in carico dei soggetti a rischio avviene atttraverso un gruppo multidisciplinare costitutio da operatori sanitari, operatori della Polizia Penitenziaria ed operatori dell'area trattamentale . L'Equipe salute engli II.PP. ha un medico legale che redige assieme al responsabile di reparto e di settori eventuali richieste di compatibilità/incompatibilità in merito a condizioni sanitarie.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 588/2014 “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari”	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di detenuti valutata dal collegio medico-legale sul totale dei detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo	specifico flusso di riferimento	%		100,00%		100,00%		
Definizione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		
Sottoscrizione del protocollo per il rischio suicidario	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.9.2.2**	**Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere- Prevenzione e promozione della salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Prevenzione e promozione della salute: - Effettuazione screening HIV - Offerta screening oncologici: alla popolazione femminile devono essere offerti gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali; a tutta la popolazione detenuta >= 50 anni va offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto. - Pianificazione dell'attività di promozione della salute in collaborazione col promotore di salute -PAI (Piano Assistenziale Individuale) Per l'anno 2016, dovrà essere inoltre posta particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.	Gli screening HIV sono effettuati a tutti i nuovi giunti entro 14 giorni dal loro arrivo. Il Carcere di Parma è un carcere maschile per cui gli screening effettuati sono solo quelli del colon retto a cui tutti i detenuti sopra i 50 anni vengono sottoposti. Il Promotore della salute effettuano due volte alla settimana nelle varie sezioni sedute di educazione ed informazione sanitarie alla popolazione detenuta. Sono anche coinvolti nella spiegazione ed acquisizione del consenso per le vaccinazioni. Alla luce del turn over che ha coinvolto quasi il 100% degli operatori sanitari non è stato possibile fare una formazione specifica sulla base della Circolare 15 del 2012, e ciò ha determinato una non completa compilazione del PAI in tutta la sua completezza : le schede anche se compilate parzialmente, sono state scartate dal sistema di conteggio. Per quanto riguarda gli screening HIV il dato rilevato pari al 36% è dovuto a motivi legati a spostamenti o scarcerazioni dei detenuti non previsti ne prevedibili disposti dall'amministrazione penitenziaria e pertanto non è stato possibile garantire l'effettuazione dei test HIV a tutti i nuovi giunti.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari"

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. di interventi info-educativi realizzati nell'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		3,00		
effettuazione del PAI	UO Salute Istituti Penitenziari	% >=		80,00%		8,00%		
n. nuove persone detenute nell'anno per >= 14 giorni screenate per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per >= 14 giorni	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		36,00%		
n. persone detenute >= 50 anni alle quali e stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute >= 50 anni presenti	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		
attivazione gruppi tra pari	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	5.10	Psicologia Clinica e di Comunità

Settore	5.10.1	Quadro Generale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attivazione del progetto di riorgnaizzazione del programma di Psicologia Clinica e di Comunità in UOC		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	5.10.1.1	Costituzione gruppi di lavoro			
Descrizione			Rendicontazione		
Costituzione di un gruppo di lavoro per l'attività degli psicologi nel DAI-SMDP e di un gruppo di lavoro per l'attività degli psicologi nell'area delle Cure Primarie, Ospedali e carcere per la definizione delle tipologie degli interventi psicologici, psicodiagnostici, di psicoterapia individuale, di gruppo e famigliare, attività di accoglienza, valutazione e diagnosi.			Si sono attivati i 2 gruppi di lavoro in data 08-03 che stanno producendo i documenti relativi ai percorsi d'intervento dello psicologo nei PDTA e nei servizi. I gruppi hanno terminato i lavori nel mese di settembre.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Verbali incontri in atti presso UOC Psicologia Clinica	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.10.1.2**	**Costituzione tavolo tecnico**			

Descrizione	Rendicontazione
Elaborazione proposte iniziali da parte del tavolo tecnico	Si è costituito il tavolo tecnico in data 09-08 e iniziato a condividere le proposte di riorganizzazione.Le proposte sono state sottoposte alla Direzione Sanitaria

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Area	6	PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

Sub-Area	6.1	Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

Settore	6.1.1	Azioni di consolidamento

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le azioni di sistema informativo da mettere in atto nel corso del 2016 consisteranno da un lato nel consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e dall'altro nello sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. La disponibilità dei dati, nei formati e tempi stabiliti dagli organi di controllo e coordinamento regionale e nazionale, garantisce una migliore attività di programmazione.	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti
Obiettivo	**6.1.1.1**	**Adempimenti nei flussi informativi**			

Descrizione	Rendicontazione
Mantenimento e miglioramento della qualità e tempestività del flusso informativo e rispetto delle scadenze per tutti i flussi informativi regionali dell'area sanitaria e sociosanitaria. L'attività comporta l'eventuale adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali e la traduzione delle azioni in attività specifiche del Servizio RIT.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.6 Obiettivi di mandato della Direzione generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Riduzione degli scarti (calcolati secondo le specifiche regionali relativamente ai diversi flussi)	Evidenze documentali (nell'ambito delle specifiche contenute nella DGR 901 del 13/07/2015).	% <=	1,00%	0,50%	1,00%	1,00%	100,00%	

Settore	6.1.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali (Siseps) mediante una attenta gestione di policy, processi e standard di gestione dei dati ha realizzato nel tempo e messo a
disposizione, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, il datawarehouse regionale, seguendo sia le priorità indicate dalla programmazione regionale sia gli obblighi derivanti dal livello nazionale- Ministero dell'Economia e Finanze – Sistema TS, Ministero della Salute NSIS, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.
Il datawarehouse regionale costituisce il punto di riferimento per l'alimentazione del sistema di business inteligence che, mediante strumenti facilmente accessibili, mette a disposizione dati ed informazioni per svolgere le funzioni decisionali e di controllo, sia a livello regionale che aziendale.
L'obiettivo 2015, già obiettivo di mandato viene mantenuto e rafforzato anche alla luce degli adempimenti LEA che introdurranno, dal 2017, la "funzione cancello" sugli obblighi informativi,
come prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) da cui deriverà la griglia LEA .
Obiettivo: Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS.
La Direzione Generale deve impegnarsi a consolidare e favorire tutte le attività finalizzate alla raccolta, in maniera standardizzata e uniforme, delle informazioni relative alla salute della
popolazione e al ricorso ai servizi sanitari, garantendo la trasmissione di dati attendibili in conformità a quanto previsto da circolari e documenti tecnici.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.5. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti, pag 42)

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.1.2.1**	**Sistema informativo regionale - rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS**			

Descrizione	Rendicontazione
Priorità che derivano da modifiche delle norme nazionali, come l'implementazione della nuova SDO, che si modifica per decreto nazionale a partire dal 2017, e che sarà l'occasione per reingegnerizzare i processi di gestione del flusso e ritorno informativo, primo esempio di un percorso che progressivamente coinvolgerà altri flussi. Per l'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate ed accreditate sarà rivolta una particolare attenzione, alla luce della revisione in atto sulla normativa su autorizzazione ed accreditamento.Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Inoltre sul flusso PS e 118 sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS	RIT	% >=		90,00%	80,00%	90,00%		

Sub-Area	6.2	Il Sistema Informatico Aziendale

Settore	6.2.1	Obiettivi 2015

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le azioni di sviluppo e consolidamento in ambito hardware e software del sistema informatico aziendale a carico del servizio RIT per l'anno 2016 saranno orientate al raggiungimento di obiettivi atti a garantire continuità operativa in relazione allo svolgimento di servizi di supporto tecnico-informatico alle linee di attività aziendali e in linea con gli obiettivi definiti nei piani programmatici regionali, di area vasta e provinciali ed in particolare con quanto definito nel documento "Obiettivi di mandato della Direzione generale", nel Piano delle performance 2016-2018 e nel Piano triennale degli investimenti 2016-2018.	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti
Obiettivo	**6.2.1.1**	**Azioni di sviluppo**			

Descrizione	Rendicontazione
Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Paino triennale degli investimenti alle voci da 2013/20-2 a 2013/20-20 e 2013/21-2, 2013/21-4, 2013/21-6.	le attività sono in corso rispetto alla pianificazione tecnica ed economica prevista.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite i seguenti indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018	Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	30,00%	70,00%	30,00%	70,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**6.2.1.2**	**Azioni di consolidamento**			

Descrizione	Rendicontazione
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Paino triennale degli investimenti alle voci 2013/20-1, 2013/21-1, 2013/21-3, 2013/21-5.	le attività sono in corso rispetto alla pianificazione tecnica ed economica prevista.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 1.1 Obiettivi di mandato della Direzione generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite il seguenti indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018	Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	30,00%	70,00%	50,00%	70,00%	100,00%	

Settore	6.2.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione. Piattaforme Logistiche Nel corso del 2016 il livello regionale avvierà una ricognizione delle principali piattaforme logistiche del Servizio sanitario regionale con l'obiettivo di definire indicatori che permettano un confronto comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende sanitarie saranno chiamante a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.....(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.5. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti, pag 40)	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	6.2.2.1	Information Communication Tecnology (ICT) - Software GRU			

Descrizione	Rendicontazione
La programmazione del 2016 prevede la conclusione della fase di realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2017. Le aziende entro il 31/12/2016 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	Relazione RIT	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.2**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Realizzazione Software per GAAC**			

Descrizione	Rendicontazione
Il progetto relativo alla realizzazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC) concluderà la fase di definizione del capitolato di gara con la relativa pubblicazione. Le Aziende dovranno garantire la loro collaborazione attraverso i propri professionisti presenti nei gruppi di lavoro.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% conclusione del capitolato di gara	Atti RIT	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.3**	**Information Communication Tecnology (ICT) -Diffusione SSI a tutti i MMG**			

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna prosegue con la realizzazione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (SSI) terminando la fase di sperimentazione da parte dei MMG ed iniziando la fase di diffusione su tutti i medici convenzionati. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura che impegna, accanto ai servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale), tutte le Aziende e la società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività coperative di formazione, conversione dati e affiancamento ai professionisti medici. Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie. L'obiettivo di copertura sarà almeno il 50% entro il 31/12/2016; in tal modo si potrà dare avvio alla manutenzione dello stesso applicativo riducendo i costi di manutenzione complessiva.	Le attività di formazione ai MMG sulla SSI sono state svolte da CUP2000 in collaborazione con i DCP aziendali, compatibilmente con le indicazioni regionali in merito alle adesioni volontarie e all'attivazione dei nuovi MMG.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		1,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**6.2.2.4**	**Information Communication Tecnology (ICT) - applicativo ARA**			

Descrizione	Rendicontazione
Per quanto riguarda il sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), applicativo unico regionale perle funzioni di medicina di base, le Aziende devono migrare o integrare, nella misura del 100%, i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021. Il successo del progetto sarà possibile solo se ciascuna azienda metterà in campo tutte le azioni già definite e calendarizzate necessarie a ciascuna attivazione.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**6.2.2.5**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Software per il sistema trasfusionale regionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 verrà aggiudicato il bando del software unico per il sistema trasfusionale regionale. Le Aziende devono garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate.	Le attività di supporto si svolte compatibilmente con il ruolo spoke che l'Azienda USL riveste rispetto all'Azienda Ospedaliera di Parma, Hub per il servizio trasfusionale. Le attività di gara sono state svolte a livello regionale e le procedure amministrative sono in corso.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.6**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Ricetta Dematerializzata**			

Descrizione	Rendicontazione
L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni continua nella pianificazione 2016 con il completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende entro la fine del 2016 devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.	L'unico software prescrittivo provinciale è stato adeguato con quanto indicato dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.7**	**Information Communication Tecnology (ICT) - FSE**			

Descrizione	Rendicontazione
Le funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica, vedranno nel corso del 2016 il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare saranno recepiti i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE: l'accesso da parte del delegato, previa autorizzazione da parte del titolare del FSE per un arco di tempo predefinito e l'accesso assistito alle funzionalità del FSE. Le attività di diffusione del Fascicolo continuano attraverso accordi con le associazioni dei donatori di sangue e la possibilità dell'utilizzo dell'identità digitale previo accordi con Poste Italiane, Federa e SPID. Le Aziende entro il 31/12/2016 devono adattare i loro software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Inoltre devono garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE in modo da corrispondere per tipologia ad un livello regionale minimo, sulla base delle indicazioni fornite dai competenti servizi regionali. Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, …).	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	100,00%		
% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.8**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Dematerializzazione fatture**			

Descrizione	Rendicontazione
La fase di dematerializzazione delle fatture continua anche per il 2016 con l'attuazione del decreto legge n.55 del 3 aprile 2013 e decreto legge n.66 del 24 aprile 2014. Sarà fornito alle aziende il supporto necessario per gli adeguamenti normativi relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto. Le Aziende nel rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter devono completare la fase 2 entro il 31/12/2016.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2	Atti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.9**	**Information Communication Tecnology (ICT) - perfezionamento dei Sistema SIGLA**			

Descrizione	Rendicontazione
La programmazione del 2016 prevede il perfezionamento dei Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri come indicato nel DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, pag.24	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Documenti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	6.3	ACCREDITAMENTO E QUALITA'

Settore	6.3.1	Accreditamento e Qualità

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Con atto deliberativo di Giunta Regionale n. 1604 del 26.10.2015 avente per oggetto il "Recepimento Intesa, ai sensi dell'art.8, della legge 5 giugno 2003 n.131, tra Governo, le Regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie", la Regione Emilia-Romagna recepisce il modello che si dovrà sviluppare secondo le tempistiche contenute in allegato A al documento stesso. L'Azienda quindi dovrà prevedere operativamente l'adeguamento ai nuovi criteri/requisiti negli anni 2016, 2017 e primo semestre 2018. Nel percorso di avvicinamento ai criteri/requisiti si ipotizzano i seguenti sotto-obiettivi: 1) Autovalutazione Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per confermare lo stato del sistema qualità aziendale al tempo zero rispetto al nuovo modello; 2) Attività formativa, sul nuovo modello, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale; 3) Audit organizzativi interni nel corso dell'adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi; 4) Affiancamento nella predisposizione documentale ; 5) Sviluppo del rapporto di ascolto e del coinvolgimento del cittadino.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	6.3.1.1	Autovalutazione di Livello Az.le/Dip./UOC/Uffici Staff per confermare lo stato del sistema qualità aziendale al tempo zero rispetto al nuovo modello			

Descrizione	Rendicontazione
Le articolazioni dovranno effettuare una prima autovalutazione entro data pianificata dall'Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento, al fine di misurare il livello di adeguamento iniziale ai criteri/requisiti predisposti nel documento.	1. Autovalutazione Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per la conferma dello stato del sistema qualità az.le al tempo zero. Tra aprile e maggio 2016 l'Ufficio ha effettuao n.ro tre audit organizzativi interni per valutare lo stato dell'arte delle Strutture, nello specifico il DAISM-DP, l'Ospedale di Fidenza e l'Ospedale di Borgo Val di Taro. 2. Attività formativa sul nuovo modello rivolta ad ogni articolazione dipartimentale. Nel corso del primo semestre è stata effettuata per la rete dei valutatori e facilitatori az.li afferenti alle articolazioi dipartimentali, un' attività formativa riguardante il nuovo modello di Accreditamento Istituzionale, così come proposto dalla DGR n.ro 1604/2015; 3. Dovendo recepire le risultanze dei lavori di gruppo svolti a livello regionale, l'autovalutazione di livello dipartimentale-UOC prevista per il 2016, è programmata per il primo semestre 2017 , a far tempo dalla resituzione dei requisiti , cosi come elaborati a livello regionale. La griglia di autovalutazione è stata adeguatamente completata e verrà sottoposta alla validazione e sua compilazione entro il primo semestre 2017

Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	Det. Reg. N.ro 53 del 2014 in tema di Accreditamento Istituzionale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.ro di griglie di autovalutazione compilate/N.ro Tot. di Articolazioni aziendali coinvolte X 100	Griglia di autovalutazione	% =		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.1.2**	**Attività formativa, sul nuovo modello, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale**			

Descrizione	Rendicontazione
Moduli formativi, sul nuovo modello di accreditamento, per ogni articolazione dipertimentale interessata.	Nel corso del primo semestre è stata effettuata per la rete dei valutatori e facilitatori az.li afferenti alle articolazioi dipartimentali un' attività formativa riguardante il nuovo modello di Accreditamento Istituzionale, così come proposto dalla DGR n.ro 1604/2015.

Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	Linee guida regionali“Programma per l’ascolto e il coinvolgimento del cittadino” Piano Sanitario e Sociale Regionale (parte V, capitolo III “Comunicazione e Partecipazione”)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.ro di articolazioni dipartimentali formate/N.ro Tot. dipartimenti da formare X 100	Calendarizzazione att.tà formativa	% =		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.1.3**	**Audit organizzativi interni nel corso dell'adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi**			

Descrizione	Rendicontazione
Verifiche periodiche dello stato di avanzamento dell'adeguamento ai criteri/ requisiti stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni previsti per l'accreditamento e condotti da Team di valutatori formati a livello regionale, effettuati con il coinvolgimento della rete dei valutatori aziendali.	Tra aprile e maggio sono stati effettuati n.ro tre audit organizzativi interni rivolti alle seguenti Strutture: DAISM-DP; Ospedale di Fidenza e Ospedale di Borgo Val di Taro.

Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	Linee guida regionali “Programma per l’ascolto e il coinvolgimento del cittadino”

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N.ro di Audit organizzativi (2016) /N.ro Tot. dei Dipartimenti X100 (secondo semestre 2016)	Verbali di audit	% >=		1,00%		1,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.1.4**	**Affiancamento nella predisposizione documentale**			

Descrizione	Rendicontazione
In previsione delle verifiche che inizieranno nel secondo semestre del 2018, l'Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento effettuerà attività di consulenza e affiancamento per la predisposizione del materiale documentale nonché l' individuazione delle evidenze cogenti richieste dal modello.	Per il Dipartimento Cure Primarie è stata predisposta la documentazione necessaria per rispondere ai requisiti generali del modello di accreditamento. È stata inoltre, predisposta una calendarizzazione per ogni Distretto riguardante l'adempimento documentale, trasversale e non, necessario al percorso di accreditamento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale		Det. Reg. N.ro 53 del 2014 in tema di Accreditamento Istituzionale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettuazione di attività di supporto rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità: consulenze a tutti coloro che ne faranno richiesta, predisposzione di materiale documentale, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e miglioramento.	Registrazione consulenze	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.1.5**	**Sviluppo del rapporto di ascolto e coinvolgimento del cittadino**			

Descrizione	Rendicontazione
In riferimento alle Linee Guida regionali sul tema in oggetto l'azienda ha elaborato un proprio "programma triennale" per l'ascolto e il coinvlgimento del cittadino (2015-2017). Il programma risponde alla necessità di mettere a sistema differenti strumenti di dialogo con i cittadini/utenti. Il programma oltre che essere una dovuta applicazione delle Linee Guida regionali è parte integrante dei nuovi criteri/requisiti per l'accreditamento istituzionale contenuti nel documento tecnico di cui all'intesa Stato - Regioni.	L'Ufficio ha definito, condiviso e presentato il programma per l'Ascolto ed il Coinvolgimento del cittadino-utente, in seguito ad un tavolo di lavoro costituito da professionisti az-li con il coinvogimento del CCM, per il 2016, sono state definite n.ro dodici progetti di ricerca. L' ufficio per quattro di queste ha provveduto all'elaborazione e analisi dei dati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D7	Promozione della trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n.ro di azioni 2016 proposte dalle singole articolazioni	Scheda proposta	Numero >=		10,00		13,00		
n.ro di progetti attivati/n.to Tot di azioni 2016 proposte	Scheda progetto	% <=		75,00%		85,00%		

Settore	6.3.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46) Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016 sono: - Il sostegno alle attività di ricerca, - il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza, - il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento, - la promozione di politiche di equità e partecipazione, - la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	6.3.2.1	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - processo di revisione del modello di accreditamento			

Descrizione	Rendicontazione
Attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento: - Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni ed audit interni. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)	Audit fina.lizzato al passaggio dal modello di accreditamento DGR 327/2004 al modello DGR 1604/2015: 1) Nel periodo compreso tra marzo e maggio 2016 l'Ufficio ha effettuato per i Servizi DAISM-DP; Ospedale di Fidenza e Ospedale "Santa Maria " di Borgo Val di Taro , un audit organizzativo prettamente focalizzato sull'analisi documentale, per valutare il sistema qualità delle organizzazioni sopra riportate, con lo scopo di valutare la dinamicità del sistema e lo stato dell'arte dello stesso. L'audit è stato formalizzato con apposita check list e verbale di sintesi, successivamente diffuso alle Direzioni implicate, 2) Dovendo recepire le risultanze dei lavori di gruppo svolti a livello regionale, l'autovalutazione di livello aziendale aziendale prevista per il 2016, è programmata per il primo semestre 2017 , a far tempo dalla resituzione dei requisiti , cosi come elaborati a livello regionale. Audit interni sono stati effettuati presso i Dipartimenti Ospedalieri e di Salute Mentale strutture ad oggi accreditate all'interno dell'Azienda.

Obiettivi Performance	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	report-relazione audit	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.2.2**	**Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento**			

Descrizione	Rendicontazione
attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento: -Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)	I valutatori regionali che hanno partecipato alle attività di verifca previa convocazione a partire da gennaio 2016 sono stati il 100%.Nello specifico tutti i professionisti convocati dall'ASSR hanno ottemperato al loro impegno istituzionale.. Per quanto attiene la formazione dei valutatori stessi, si evidenziano i seguenti momenti formativi:1) attività formativa plenaria effettuata per l'introduzione del nuovo modello di accreditamento istituzionale, in base alla DGR 1604/2015. 2) Attività di preparazione agli Audit organizzativi interni per le seguenti struttre: DCP/DAISM-DP/ Ospedale di Fidenza/Ospedale "Santa Maria" Borgo Val di taro (100% dei valutatori). Ad ottobre 2016 tre valutatori regionali, hanno partecipato al corso formativo di aggiornamento organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica in collaborazione con l'ASSR, per l'accreditamento dei DSP.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	verbali	% >=		70,00%		100,00%		
numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati	verbali	% >=		90,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA**			

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna, attraverso in particolare il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha in questi anni sviluppato metodologie e strumenti per supportare il sistema dei servizi all'ascolto e al coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. In ogni area vasta sono presenti competenze professionali in grado di utilizzare sia strumenti quantitativi (questionari) sia strumenti qualitativi (focus group e etnografia), oltre che aver prodotto linee guida ed indicazioni metodologiche. Inoltre è attivo dal 2012 un percorso strutturato per l'innovazione nel campo dei processi partecipativi (Community Lab) che ha prodotto le Linee guida "La programmazione locale partecipata per la salute e il benessere sociale " e ha coinvolto diversi territori regionali (e Case della Salute) nella sperimentazione di azioni basate sul coinvolgimento attivo delle comunità per l'individuazione delle priorità e nella co-progettazione partecipata. Dai risultati dell'ultimo monitoraggio delle Case della Salute emerge come la collaborazione con le associazioni di volontariato (es. AVIS, AUSER) sia presente in più del 70% delle 79 CdS funzionanti, e riguardi principalmente attività di informazione e orientamento alle persone che accedono alla Casa della Salute. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti equity oriented ed utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	Al 31/12/2016 a seguito delle azioni già messe in campo nel corso del primo semestre e cioè : formazione di livello regionale sull'uso degli strumenti Equity Oriented (HEA ed EqIA) si è provveduto a formalizzare il GdL interaziendale "Applicazione di EqIA al progetto 6.6 del PLA riferito al PRP 2015-2018" rivolto al tema della presa in carico del Bambino Cronico in riferimento al tema del contrasto e trattamento dell'obesità infantile. Il GdLavoro composto da professionisti di AUSL e AOU PR ha inoltre coinvolto portatori di interesse esterni ai servizi (Genitori e Famiglie, Educatori ed Insegnanti, Referenti di GIOCAMPUS esperti in attività sportive e ricreative, esperti scientifici del mondo Universitario Nutrizionisti). Nel corso dei due incontri il Gruppo di lavoro ha utilizzato la scheda EqIA messa a punto dagli Esperti Regionali. Attraverso tale attività si è giunti alla restituzione del documento finale all'interno del quale sono stati messi a disposizione i suggerimenti su azioni organizzative da mettere in atto per incorporare, nei servizi territoriali ed ospedalieri, i cambiamenti utili a contrastare le più evidenti disuguaglianze condivise nel Gruppo di Lavoro. Come previsto dalla metodologia utilizzata il documento di sintesi è stato inviato al Responsabile Aziendale del PLA PRP ed alla Direzione Sanitaria per le opportune valutazioni. Inoltre, come previsto, il medesimo documento è stato restituito al Coordinamento Regionale Area Equità e Partecipazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione di un gruppo di operatori sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel PRP e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.	registro presenze	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero schede 2.8 - 4.1 - 6.6	documenti	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.4**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : -la valutazione di specifici percorsi socio-assistenziali in relazione alle dimensioni di qualità salienti nelle CdS e rispetto a specifiche tipologie di utenza (pazienti cronici, utenti ambulatoriali, utenti salute mentale….), tramite indagini multimetodo e strumenti di rilevazione disponibili a livello regionale (rif. lett. prot. PG n.505543 del 22 Dicembre 2014, All.1 "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino")/aziendale (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	Presso la CdS di S. Secondo P.se è stato effettuato un monitoraggio quali-quantitativo sul percorso di Riabilitazione Ortopedico - Estensiva in regime di Week-Hospital. L'indagine ha previsto n.ro tre fasi: 1) strutturazione di un questionario condiviso con il Gruppo di lavoro (formato da personale dell'Azienda e rappresentanti del CCM) . Il questionario è stato somministrato in due periodi differenti; 2) focus group con i pazienti, 3) restituzione dei dati in plenaria dell'indagine. La diffusione dei risultati è stata altresì consivisa con la cittadinanza, attraverso l'iniziativa aziendale "il THè del giovedì". il progetto di recerca è parte integrante del Progrmma Aziendale per l'ascolto ed il coinvolgimento del cittadino/utente 2015/2018 (Progetto n.ro 03 del 2015). Nel secondo semestre l'Ufficio ha predisposto il progetto finalizzato alla sperimentazione dei questionari ACIC e PACIC all'interno delel CdS dell'Azienda. In fase sperimentale è stato testato il questioniario ACIC presso la CdS di Secondo P.se sul percorso socio-assistenziale del paziente diabetico.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale tramite indagine che preveda l'utilizzo di strumenti quantitativi e/o qualitativi	verbali	Sì/No		Sì		Sì		
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale.	verbali	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.5**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute valutazione del grado di empowerment dell'utente**			

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : - la valutazione del grado di empowerment dell'utente e delle persone di riferimento rispetto alle pratiche clinico-assistenziali messe in atto per potenziare le capacità e la padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità (es. "paziente esperto";gruppi di auto-mutuo-aiuto) partecipando ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	L'azienda Usl, dopo una prima esperienza di rilevazione della soddisfazione del cliente presso nove Case della Salute, nel 2016 , ha intrapreso, all'interno della implementazione di interventi di gestione integrata delle patologie croniche, l'impiego di strumenti per la valutazione di questi percorsi, sia dal punto di vista del paziente che dell'equipe, tramite l'applicazione dei questionari PACIC e ACIC. Il progetto, inserito all'interno del "Programma di ascolto aziendale, è stato applicato sperimentalmente nel secondo semestre del 2016 su quattro Case della Salute. Inoltre, l'Azienda Usl, ha partecipato agli incontri regionali finalizzati al potenziamento della capacità e padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità, tramite i professionisti di volta in volta coinvolti. Nel secondo semestre l'Ufficio ha predisposto il progetto finalizzato alla sperimentazione dei questionari ACIC e PACIC all'interno delel CdS dell'Azienda. In fase sperimentale è stato testato il questioniario ACIC presso la CdS di Secondo P.se sul percorso socio-assistenziale del paziente diabetico.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale	registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.6**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute 'Community Lab'**			

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale: la partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab') finalizzato all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle priorità di intervento per la programmazione e il miglioramento dei servizi.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)	Nel contesto del progetto regionale del " Comunity Lab " l'Azienda Usl di Parma ha partecipato al percorso formativo finalizzato alla preparazione dei facilitatori di percorsi "strutturati" e "guidati" di empowerment di comunità. Per il 2016 due sono state le applicazioni del metodo, all'interno dell'azienda, che hanno interessato due Case della Salute aziendali : 1- Casa della Salute di S. Secondo p.se che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab, finalizzato ad un percorso partecipativo sulla stesura dei Piani di Zona presso la Casa della Salute di Casalecchio. 2- Casa della Salute "Parma Centro" che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab (Ausl di Parma, Comune di Parma, Provincia di Parma, Università di Parma, Ufficio Scolastico di Parma, Associazione Galleria dei Pensieri, Teatro delle Briciole Solares Fondazione delle Arti),finalizzato ad un percorso partecipativo per aprire uno spazio di riflessione e confronto, in cui gli adolescenti, in collaborazione con gli adulti, possono lavorare insieme sulle loro problematiche e promuovere una metodologia di lavoro, in cui si facilita la libera espressione di sé. 3-Casa della Salute "Colorno" ha avviato nel quarto trimestre 2016 un progetto di programmazione partecipata coinvolgendo a fianco dei responsabili Clinici e organizzativi della CdS le Associazioni di volontariato, il Comune, la Scuola e un'impresa locale. Obiettivo del progetto la realizzazione di iniziative formative e informative rivolte a tutta la cittadinanza su tematiche inerenti la prevenzione, i corretti stili di vita e il corretto uso dei servizi. Esito del processo: identificazione di un format ("A Colorno la salute è di casa") , di un argomento ("Cibo e salute. Le stagioni della vita") e di tre diversi setting (Scuola, CdS e Mercato) . Realizzazione prevista per il 2017

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab')	registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	6.4	GOVERNO CLINICO

Settore	6.4.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Completamento, manutenzione e consolidamento della rete del governo clinico. Percorsi di facilitazione e training degli operatori nei confronti delle metodologie di lavoro del Governo Clinico in tema di valorizzazione del modello dipartimentale, di organizzazione delle attività sanitarie, attraverso la diffusione di modalità di riconoscimento dell'autonomia e di strumenti per l'esercizio della relativa responsabilità.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	6.4.1.1	Allontanamento da strutture di degenza			

Descrizione	Rendicontazione
Predisposizione e diffusione degli strumenti atti a monitorare e prevenire il fenomeno dell'allontanamento spontaneo e non concordato dei pazienti dalle U.O. di degenza	La procedura è già attiva e viene applicata nei due stabilimenti ospedalieri già dall'anno 2015 ed aggiornata nel 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. incontri per la diffusione dell'utilizzo della procedura ,da tenere nelle sedi degli stabilimenti ospedalieri e nelle residenze non ospedaliere del DAISM - DP .	Verbali U.O. Governo Clinico	Numero =	2,00	4,00	2,00	4,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.2**	**Gestione Clinica del Farmaco**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento versione 4.0 procedura “gestione clinica del Farmaco”.	Procedura completata ed inviata a tutte le unità operative: accompagnata da evento formativo destinato sia al territorio sia al presidio.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completamento della versione 4.0 della procedura "Gestione clinica del Farmaco"	Documentale	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.3**	**Gestione delle cadute di pazienti ricoverati**			

Descrizione	Rendicontazione
Manutenzione della procedura ed estensione del suo utilizzo corretto	La procedura è stata migliorata specialmente per quanto riguarda la scheda di rilevazione. Non paiono esserci variazioni statisticamente significative nell'adesione. Evento formativo nello stabilimento di Borgotaro tenutosi nel novembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aumento della adesione (per U.O.) alla procedura per la segnalazione delle cadute nei luoghi di degenza e negli ambulatori	Flusso dati da SIT	Numero >=	2,00	4,00	2,00	4,00	100,00%	
Proposta formativa specificamente realizzata per l'ospedale di Borgotaro	Banca dati Formazione	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.4**	**aggiornamento applicazione delle raccomandazioni Agenas**			

Descrizione	Rendicontazione
Aggiornamento della situazione della applicazione delle raccomandazioni agenas per evitare gli eventi sentinella e gli eventi avversi gravi e gravissimi	Risposto alla rilevzazione AGENAS nei tempi previsti. Raccomandazioni agenas tutte applicate compresa la 17° (CL di Sala operatoria). Non applicabile la raccomandazione per evitare la osteonecrosi della mandibola da difosfonati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D1	Monitoraggio delle 18 raccomandazioni AGENAS per la sicurezza delle cure		Raccomandazioni AGENAS DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitorizzazione delle 16 raccomandazioni AGENAS per il contrasto al verificarsi di eventi avversi ed eventi sentinella nei confronti delle unità operative destinatarie o di quelle in cui è applicabile la raccomandazione stessa	Documentale	Numero =	7,00	15,00	17,00	17,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.5**	**Adozione Check list di sala operatoria**			

Descrizione	Rendicontazione
Adozione in tutte le sale operatorie della check list proposta dall'OMS per la sicurezza degli interventi chirurgici	Tutte le sale operatorie applicano la CL. (N.B.Per la lettura dell'indicatore i valori riportati si intendono a ratifica del valore atteso intermedio in quanto il risultato è già stato raggiunto)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	DGR 901

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione in tutte le sale operatorie della check list proposta dall'OMS per la sicurezza degli interventi chirurgici	registri Comparto Op	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.6**	**Adeguamento a linee guida per la gestione del rischio infettivo**			
Descrizione			Rendicontazione		
Attività di controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza			Software Mercurio Utilizzato sia a Borgotaro sia a Fidenza. Per AO di Parma non ancora possibile integrare l'utilizzo. La delibera 318 è applicata con le modifiche dettate dalle condizioni operative e dalle dimensioni della azienda.		
Obiettivi Performance	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	Riferimento Normativo	DGR 318/2013	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Diffusione Utilizzo software Mercurio in modalità integrata con AZ Ospedale	Flussi Informativi	Sì/No =	No	Sì	No	No	100,00%	
Rispetto delle indicazioni contenute nella deliberazione 318/2013 relativa alla organizzazione delle funzioni delle gestione del rischio infettivo per il controllo ed il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Verbali CIO	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.7**	**Gestione del rischio: politiche assicurative**			
Descrizione			Rendicontazione		
Realizzazione delle condizioni organizzative per la gestione diretta dei sinistri			Gestione diretta dei sinistri attiva.		
Obiettivi Performance	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	Riferimento Normativo	DGR 172/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gestione diretta dei sinistri: gestione del data base dei sinistri	Flusso Regionale	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.8**	**Gestione del rischio: Eventi avversi gravissimi**			
Descrizione			Rendicontazione		
Predisposizione della procedura “gestione della crisi” e sua diffusione ai dipartimenti aziendali .			Completata		
Obiettivi Performance	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi	Riferimento Normativo	DGR 172/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
predisposizione e presentazione della procedura sulla gestione della crisi	documentale	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.4.1.9**	**Costruzione dei PDTA**			
Descrizione			Rendicontazione		
Predisposizione e completamento della rete dipartimentale dei facilitatori della compilazione dei PDTA			Corso di formazione completato		
Obiettivi Performance	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Riferimento Normativo	DGR 172/15	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Processo formativo della rete dipartimentale dei PDTA	Banca dati formazione	% =	75,00%	100,00%	75,00%	100,00%	100,00%	
Costituzione rete dipartimentale aziendale dei PDTA	documentale	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.1.10**	**Strumenti per lo studio della sicurezza dei processi lavorativi: Etnografia organizzativa**			

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione delle pratiche della etnografia organizzativa nei processi di lavoro, restituzione dei risultati alle organizzazioni e relativo studio dei livelli di sicurezza	Terminato il corso di formazione ed i primi percorsi di osservazione etnografica (2)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione delle osservazioni etnografiche	Documentale	Numero =	1,00	3,00	2,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.1	**Area della Produzione Scientifica**
Obiettivo	**6.4.1.11**	**Riqualificazione del sistema di raccolta della produzione scientifica aziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione, in collaborazione con il servizio comunicazione, di un percorso di raccolta, tassonomizzazione e pubblicazione su intranet della produzione scientifica della azienda	Le pubblicazioni giunte all'Unità Operativa sono state inserite sul sito aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Raccolta sistematica della produzione scientifica ed intellettuale dell'azienda e diffusione dell'utilizzo del relativo sito Intranet	Intranet: banca dati produzione scientifica	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	6.4.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel 2016 deve essere garantita l'applicazione delle linee di indirizzo per la elaborazione del pianoprogramma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, con la produzione di
relativi piani-programma approvati dalle Direzioni Aziendali. Deve essere assolto il debito informativo rispetto agli eventi sentinella, garantendo una tempestiva
e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive. In coerenza con gli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera del DM 70\2015 e in
applicazione della Legge di stabilità 2016 deve essere promosso e valorizzato il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi (incident reporting).
Sempre in attuazione degli standard ospedalieri, deve essere consolidato l'utilizzo dello strumento della check list in tutte le Sale Operatorie e in tutte le unità operative che effettuano attività
chirurgica. A tal proposito deve essere garantito il relativo flusso informativo verso la Regione (SOSnet) e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list.
Il DM 70\2015 prevede altresì la garanzia di un sistema di identificazione del paziente e la presenza in tutte la strutture della scheda unica di terapia. Occorre continuare l'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico. La verifica della adesione ai contenuti delle raccomandazioni viene effettuata anche in occasione delle visite per la sicurezza (Progetto VISITARE)
(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29 e 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)
Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016 sono:
- Il sostegno alle attività di ricerca,
- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- la promozione di politiche di equità e partecipazione,
- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.1**	**Sicurezza delle cure - programma aziendale ed eventi sentinella**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)	Il piano programma triennale per la gestione del rischio è stato completato e comprende, considerato il lieve ritardo con il quale sono state emanate, il recepimento delle prime indicazioni delle nuove linee di indirizzo regionali per le cadute. La deliberazione di recepimento è la 964 del 30/12/2016 ed appunto contiene un allegato relativo ai nuovi piani di lavoro sulle cadute per i quali sono stati individuati i due referenti aziendali che organizzeranno il percorso formativo aziendale. Relativamente alla prevenzione delle reazione da incompatibilità trasfusionale è stata emessa la nuova procedura integrata interaziendale (AUSL-AOSP) che recepisce i contenuti del D.M. 2/11/2015 in merito di tracciabilità delle trasfusioni e di sicurezza nell'utilizzo degli emocomponenti

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Check list Sala Operatoria: assolvimento del debito informativo assolto	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
presenza di piano programma deliberato	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella ed azioni di miglioramento	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.2**	**Sicurezza delle cure - raccomandazione per la sicurezza delle cure e prevenzione cadute**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)	Le procedure aziendali contenevano già quanto previsto dalle linee di indirizzo. Le raccomandazioni sono state verificate e è stato risposto al questionario AGENAS/Regione per il loro rispetto: la regione ha validato definitivamente il materiale inviato alla fine del dicembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle lineedi indirizzo	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
presenza di specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.3**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Rispetto tempistiche**			

Descrizione	Rendicontazione
Dal 2016 un numero crescente di Aziende sono state inserite nel Programma regionale per laprevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013;sviluppare azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale sta predisponendo nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire. E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie sperimentatrici si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Rsponsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)	E' stata definita, testata e resa operativa la costituzione del nuovo C.V.S. (Comitato Valutazione Sinistri) composto da figure sanitarie (RiskManager e medici legali e da figure dirigenziali e tecniche dell'area amministrativa) che esaminano la fondatezza delle richieste risrcitorie proponendo alla direzione aziendale le determinazioni conseguenti sia in termini di accoglimento che di ricezione: ciò nel rispetto dei contenuti delle indicazioni regionali e delle raccomandazioni relative alla organizzazione del nuovo regime di gestione diretto.

Obiettivi Performance	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei tempi di processo	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.4**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - organizzazione e tempistiche per Aziende NON in sperimentazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Per Aziende non in sperimentazione, in previsione della progressiva adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale, la Direzione aziendale dovrà assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma. A tal fine saranno valutati la sussistenza di adeguati assetti organizzativi e la presenza di risorse che possano garantire nel tempo la concreta attuazione del suddetto Programma. Anche in questo caso la tempistica di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)	Azienda in sperimentazione: non appplicabile.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei tempi di processo	Documentale	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.5**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Database regionale gestione sinistri**			

Descrizione	Rendicontazione
E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri" . IL database regionale è stato aggiornato nel 2013 in occasione dell'avvio della sperimentazione sulla gestione diretta dei sinistri. L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri	Data base regionale sistematicamente utilizzato

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
grado di completezza del database regionale (casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	RIT	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.1	**Area della Produzione Scientifica**
Obiettivo	**6.4.2.6**	**Sostegno alle attività di ricerca - Anagrafe Regionale della ricerca (AReR)**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha attivato nel 2007 l'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) con l'obiettivo di monitorare le attività di ricerca sanitaria in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale, anche allo scopo di orientare il programma regionale di ricerca. Il grado di partecipazione deve essere mantenuto e migliorato nelle Aziende ove non ancora soddisfacente. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca. -le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	Nel corso dell'anno, come di consueto, si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2016 (4).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
assicurare l'accesso regolare all'applicativo ArER (calcolo su ogni trimestre)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		
numero schede inserite dei progetti di ricerca nell'ArER	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		4,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.7**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SIChER flusso "Laboratori - LAB"**			

Descrizione	Rendicontazione
Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SIChER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI) -Partecipazione al sistema di sorveglianza SIChER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati) ; -Partecipazione al flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (riferito alle aziende che hanno un laboratorio che effettua e referta esami di batteriologia): invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	Le attività di verifica e contrasto all'antibiotico-resistenza sono state presidiate in ambito clinico tramite un miglioramento della formulazione dei referti degli antibiogrammi eseguiti su prelievi inviati dalle UU.OO. di degenza e proposti, ancora in versione non definitiva, sulla base dell'utilizzo dei dati estratti dal nuovo software "Mercurio" acquisito nel corso del 2015. In merito a SICHER sono monitoriati sia gli interventi di protesica ortopedica per il 71% e quelli di chirurgia non ortopedica per il' 80% (obiettivi 50%). Popolato secono del istruzioni regionali il sistema SMI.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.7**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SIChER flusso "Laboratori - LAB"**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
invio quadrimestrale dei file flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Socialinel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Partecipazione al sistema di sorveglianza SIChER: % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.8**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - igiene delle mani**			

Descrizione	Rendicontazione
sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	La pratica dell'igiene mani è stata ulteriormente diffusa tramite incontri(sia in ambito aziendale sia in setting sociosanitari) tenuti da un apposito gruppo multiprofessionale che ha curato sia la formazione sia l'attività di controllo e verifica tramite l'applicazione dei contenuti di "Mapper".

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00	5,00	10,00		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.9**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi**			

Descrizione	Rendicontazione
stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi, osservato nel corso del 2015 e nella prima parte del 2016 -Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)": (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting") -Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert):compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territorialenell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRE 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI)	LA partecipazione al sistema di monitoraggio e sorveglianza della diffusione delle enterobacteriacee ha permesso di limitare la numerosità dei casi incidenti. Le unità operative ed il collegio di direzione sono stati aggiornati sulla frequenza degli eventi e riproposti i criteri di controllo e contrasto in caso di presenza di pazienti positivi. Vengono applicate le linee di indirizzo regionali sia nelle UO aziendali sia, tramite frequenti promemoria, invitati i luoghi di soggiorno e permanenza di pazienti a rischio (CRA e Case di Cura private) a rispettare il protocollo raccomandato dal CIO. Gli indicatori sono mensilmente caricati sul DB contenuto in Share-point - REte controllo infezioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Area	7	IL SISTEMA AZIENDA

Sub-Area	7.1	LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

Settore	7.1.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

La presente parte denominata Obiettivi Generali costituisce una innovazione, seppure parziale, rispetto ai piani degli anni precedenti poiché si descrivono temi e delineano obiettivi che rappresentano novità nel panorama aziendale delle attività, ovvero nuovi e più accentuati sviluppi di linee di programmazione esistenti.
Si tratta in gran parte di obiettivi ed azioni che nella generale organizzazione aziendale fanno capo alle funzioni amministrative e di supporto, oppure operano e richiedono impegni di natura trasversale, investendo competenze ed attività di tutte le articolazioni, oppure ancora prevedono il coinvolgimento integrato delle aree tecniche, amministrative, sanitarie, unitamente alle competenze gestionali.
Gli obiettivi definiti trovano naturalmente radicamento in percorsi a suo tempo avviati e conferma nelle linee regionali di programmazione 2014, oltre a rappresentare sviluppo di quelle dettate nel 2013 che prevedono attuazione in un arco temporale superiore all'annualità.
Seppure gli obiettivi sono definiti come generali, per ognuno degli argomenti vengono declinati obiettivi specifici che assumono particolare rilevanza, per i quali è previsto un forte impegno da parte delle articolazioni
interessate.
I temi considerati sono:- Integrazioni in area tecnica e amministrativo/gestionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria
- Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e revisioni organizzative connesse
- Certificabilità del bilancio aziendale
- Adesione alla Tesoreria Unica Regionale
- Integrità e Trasparenza.

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.1.1.1**	**Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'anno 2015 le due direzioni aziendali hanno condotto le attività di studio e propedeutiche per una effettiva integrazione tra i servizi generali e di supporto, formalizzando il disegno di massima nel documento inviato in Regione nello scorso mese di settembre, come indicato nel mandato ricevuto. L'ultima parte del 2015 è stata utilizzata per un affinamento dell'organizzazione individuata, sono stati creati i primi organigrammi da parte dei servizi interessati, sono state illustrate le macro scelte e la filosofia del progetto congiuntamente alle rappresentanze dei lavoratori delle due aziende sanitarie; nel mese di dicembre è stato formalizzato il primo stralcio del progetto, mediante l'individuazione di un unico responsabile dell'anticorruzione e della trasparenza. L'anno 2016 deve caratterizzarsi per una definitiva fissazione degli assetti organizzativi di dettaglio, che una volta condivisi con le direzioni generali dovranno essere illustrati alle associazioni sindacali e resi operativi in corso d'anno.	Il percorso di integrazione interaziendale dei servizi tecnici ed amministrativi è stato formalizzato nel mese di luglio mediante l'adozione da parte delle due aziende provinciali degli atti deliberativi che approvano il complessivo disegno organizzativo, il percorso di avvicinamento operativo e i principali istituti giuridici da applicare. Nel mese di settembre sono poi stati adottati gli atti deliberativi che creano le nuove strutture interaziendali,ne identificano i direttori e il personale afferente e contestualmente dispongono la soppressione delle vecchie strutture delle due aziende con decorrenza 1° ottobre 2016. Il trasferimento del personale presso i nuovi locali individuati delle singole strutture è stato calendarizzato per il primo semestre 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione degli organigrammi definitivi, delle scelte logistiche e avvio operativo del progetto	Evidenza documentale ed organizzativa	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.1.1.2**	**Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e gestionali**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2015 sono state rese operative le attività di ricezione e di regsitrazione delle fatture dematerializzate, come da indicazioni regionali e nazionali e si è avviata una rilevante variazione organizzativa, mediante la creazione in un unico nucleo addetto alla recezione e registrazione dei documenti contabilir, dipendente dal servizio Economico Finanziario. Si è poi avviato il percorso di sviluppo della successiva fase del processo, relativa alla liquidazione in forma dematerializzata dei documenti contabili ricevuti, non completato soprattutto per alcune problematiche tecniche relative allo sviluppo del software dedicato. nel corso del 2016 questo percorso dovrà essere completato e reso operativo.	La procedura informatica di dematerializzazione del ciclo di liquidazione delle fatture passive è stata regolarmente consegnata dal fornitore e nel mese di settembre sono state date le necessarie indicazioni alle strutture per l'avvio operativo dell'utilizzo, ferma una necessaria finestra di test in parallelo con il percorso tradizionale cartaceo, che nel corso del 2017 verrà progressivamente abbandonato.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		DMEF n. 55/2003, L.R. 17/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consegna del software dedicato e avvio operativo	Evidenza attività	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.1.3**	**Certificabilità del bilancio aziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
Il percorso regionale è in atto e l'Azienda sta lavorando sulla base delle indicazioni regionali fino ad oggi emanate; l'ultimo riferimento è costituito dalla delibera di Giunta n. 150/2015, che nel confermare l'impianto procedurale originario del P.A.C. (Delibera di Giunta n. 865/2013) ridefinisce le tempistiche originariamente stabilite. Le azioni da perseguire risultano pertanto essere quelle già evidenziate per gli anni precdenti, vale a dire l'adesione al percorso Regionale attuativo della Certificabilità, attraverso la partecipazione attiva a gruppi di lavoro Regionali e di Area Vasta, per la definizione delle procedure amministrativo - contabili, elaborate per singola area definita dal PAC regionale, la predisposizione e/o revisione di specifiche procedure Aziendali, sulla base delle linee guida Regionali e /o di Area Vasta, attraverso creazione di Gruppi di Lavoro specifici, con il coinvolgimento di personale afferente a strutture periferiche e ai servizi centrali coinvolti, l'organizzazione e /o adesione a eventi formativi (Aziendali, di Area Vasta, Regionali), sui temi specifici del PAC. Il percorso sarà condotto in particolare collaborazione con l'Azienda Ospedaliera nell'ambito più generale del processo di integrazione dei servizi generali.	L'Azienda ha accumulato un certo ritardo nella produzione delle procedure aziendali, conseguenti alla emanazione delle Linee Guida da parte della Regione, come già rendicontato in sede di consuntivo 2015. Nel corso del primo semestre è iniziata una intensa attività di recupero del gap prodottosi e sono state prodotte in forma definitiva, pur se non ancora sottoscritte, 3 procedure (Budget, patrimonio netto, immobilizzazioni) e sono in corso di completamento le procedure relative al recepimento di rilievi ed osservazioni degli organi di controllo e delle rimanenze. Tutte le procedure sopra evidenziate e validate sono state allocate e rese fruibili in una apposita sezione Intranet.Il percorso di recupero è proceduto nel 2° semestre e la rendicontazione al 31.12.2016 inviata in Regione evidenzia documentalmente tale progresso; nel corso del 2017 verranno definitivamente fasate le scadenze regionali con la operatività aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)		DGR 150/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione dei documenti previsti dalla programmazione regionale	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	No	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.1.1.4**	**Ottimale gestione delle risorse finanziarie e rispetto dei debiti informativi**			

Descrizione	Rendicontazione
Il tema del rispetto dei tempi di pagamenti dei fornitori è di attualità sempre maggiore, in quanto correttamente viene ritenuto che un corretto flusso finanziario rappresenti un positivo contributo alla stabilità economica delle imprese. Obiettivo regionale e aziendale è pertanto quello di stabilizzare definitivamente i tempi di pagamento delle forniture entro i 60 gg previsti dalla normativa, al fine di evitare contenziosi e l'addebito di interessi di mora. Nel contempo si sono moltiplicati gli obblighi normativi per dare corretta evidenza degli effettivi tempi di pagamento, che responsabilizzano anche il Collegio Sindacale nell'attestazione mensile delle performance finanziarie.	L'Azienda da diversi anni si è contraddistinta per una tempestività di pagamento delle forniture di beni e servizi di riferimento nel panorama delle aziende sanitarie regionali. La tempisitica, che a fine 2015 si è consolidata complessivamente in circa 85 giorni, si sta ulteriormente riducendo soprattutto per effetto dell'aniticipazione a 60 gg del pagamento degli ospedali privati e degli stabilimenti termali, in precedenza liquidati a 90 gg. Per un perfetto allineamento alla scadenza media di 60 gg occorre, nella seconda metà dell'anno, rivedere talune procedure di liquidazione interna nell'area del cd Socio-Sanitario e della Specialistica Accreditata, mentre non sussistono problemi particolari per le restanti forniture di beni e servizi. I debiti informativi nei confronti del Collegio Sindacale sono stati puntualmente rispettati. L'allineamento all'obiettivo dei 60 giorni è progressivamente stato perseguito nel corso dell'anno e a fine 2016 l'indicatore si è assestato a 56 giorni. L'obiettivo pertanto è stato raggiunto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B6	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatore di performace finanziaria in giorni	report specifici	Numero <=	75,00	60,00	73,00	56,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.1.1.5**	**Integrità e Trasparenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Gli obiettivi generali e prioritari per il 2016 sono: - Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza è tenuto a svolgere le attività di coordinamento del sistema e di monitoraggio, secondo le previsioni normative e contenute nel Piano e nel Programma - lo stesso Responsabile ha cura di provvedere alle proposte di aggiornamento del Piano e del Programma - il Responsabile è chiamato ad elaborare la relazione annuale sulle attività svolte entro il 15 dicembre, da sottoporre al Direttore Generale . tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano Anticorruzione e nel Programma Trasparenza costituiscono parte integrante del presente Piano delle Azioni e, più in generale del Piano della Performance 2016/2018, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti . tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale Anticorruzione e Trasparenza ogni qual volta se ne profili necessità ed opportunità . incontri di informazione agli organismi aziendali e incontri formativi e di diffusione dei sistemi Anticorruzione e Trasparenza al personale, secondo le linee dettate nei documenti di Piano e Programma . tutte le articolazioni aziendali interessate sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo la tabella analitica contenuta nel Programma Trasparenza e le modalità indicate.	Durante il primo semestre gli impegni prioritari sono stati dedicati alla diffusione ad organismi e dipendenti dell'Azienda dei contenuti del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2016/2018, approvati nel gennaio scorso. Gli incontri divulgativi sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale; tra questi si citano quelli col Collegio di Direzione, col Collegio Sindacale, con l'OAS di supporto all'Organismo di valutazione regionale, col Comitato Consultivo Misto del Distretto di Borgotaro. Gli incontri più propriamente formativi sono stati realizzati con gli operatori delle aree considerate a rischio rilevante, Risorse Umane e Contratti Pubblici, organizzati in forma integrata con le rispettive equipe anche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Per quanto riguarda la generale attività sulla funzione, il Responsabile ha assicurato il necessario coordinamento del sistema, secondo le previsioni normative. Garantita la collaborazione in materia di redazione del Piano Performance aziendale. In tema di Trasparenza sono state curate le particolari pubblicazioni sulla sezione web aziendale di quanto previsto dalla legge di stabilità per il 2016, relative al bilancio d'esercizio e agli esiti delle attività assistenziali. Nel secondo semestre è proseguita la complessiva attività di coordinamento per l'attuazione di Piano e Programma, secondo gli impegni previsti. Svolti i monitoraggi, sia sugli adempimenti previsti in materia di Trasparenza, sugli obblighi di pubblicazione, sia sulle misure in materia di prevenzione della corruzione. Il monitoraggio generale sugli obblighi di pubblicazione è avvenuto poi nel mese di novembre, mediante una verifica generale di tutte le pubblicazioni nella sezione web Amministrazione Trasparente, i cui risultati sono stati illustrati alle unità organizzative coinvolte durante l'incontro plenario svolto l'8 novembre. Detto incontro è stato anche di diretta formazione dei dirigenti e dei referenti sulle innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016: modificazioni in tema di pubblicazioni e introduzione dell'accesso civico generalizzato, con le relative disposizione in vigore dal 23 dicembre 2016. Il 30 novembre si è tenuta, promossa e coordinata per l'Azienda, la Giornata per la Trasparenza 2016, organizzata congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria e all'Università, nella quale si sono focalizzate le tematiche della performance integrate con le novità del decreto legislativo n. 97/2016. Nei mesi di novembre e dicembre si è svolto il monitoraggio delle misure contenute nel Piano per la prevenzione della corruzione, mediante raccolta delle relazioni predisposte dai servizi aziendali. Predisposta la Relazione annuale del Responsabile ai sensi della legge n. 190/2012, in pubblicazione entro il 16 gennaio 2017, come da disposizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Obiettivi Performance	D7	Promozione della trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.1.1.5**	**Integrità e Trasparenza**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documenti di monitoraggio, Relazione del responsabile aziendale, relazioni dirigenti strutture	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.1.6**	**Miglioramento qualità inventario aziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
Il recente passaggio di competenze in ordine alla tenuta dell'inventario aziendale e la emenazione delle linee guida regionali in tema di immobilizzazioni suggeriscono una approfondita analisi dell'inventario aziendale, con particolare riferimento alla struttura delle matricole delle tecnologie informatiche e biomediche, da condurre in collaborazione tra servizio Risorse Economico Finanziarie e servizi tecnici	E' stata valutata una nuova metodologia di inventariazione per i nuovi cespiti acquisiti nel corso del 2016, finalizzata a una più precisa identificazione dei centri di costo e dei consegnatari, in corso di implementazione. E' stato inoltre valutato necessario procedere ad una conta fisica sia delle tecnologie informatiche che di quelle biomediche, da realizzare nel corso del 2 semestre; la conta è stata regolarmente effettuata con riferimento alle tecnologie informatiche, mentre non è stato possibile procedere alla conta delle attrezzature biomediche per effetto della non ancora intervenuta aggiudicazione della gara ponte delle manutenzioni, nell'ambito della quale la ditta individuata per il servizio in questione ha presentato offerta per l'aggiufdicazione del contratto di manutenzione. L'operazione è quindi necessariamente rinviata al 2017.

Obiettivi Performance	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza anomalie indviduate e corrette	Raport dedicato	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.1.1.7**	**Consolidamento a regime delle modalità di rendiconto degli Agenti Contabili**			

Descrizione	Rendicontazione
Le recenti interpretazioni della Corte dei Conti sulle figure degli Agenti Contabili impongono la rigorosa osservanza delle linee di indirizzo emanate, ivi compresa il rispetto della tempistica indicata. L'attività, coordinata dalla direzione amministrativa, verrà svolta in stretto coordinamento con l'Azienda ospedaliera e sulla base delle eventuali indicazioni di supporto emanate dalla Regione.	L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto il rendiconto non è stato completato ed inviato entro l'anno.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formazione ed invio rendiconti	Raport dedicato	Sì/No	Sì	Sì	No	No	0,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.1.1.8**	**Avvio della nuova procedura informatica di gestione documentale dematerializzata**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'ultima parte del 2015 hanno avuto avvio le attività propedeutiche all'attivazione della procedura Babel. Nel corso del primo semestre il servizio Affari Generali, mettendo a disposizione le professionalità presenti, in collaborazione con la direzione amministrativa, dovrà procedere al coordinamento dei gruppi di lavoro al fine dell'avvio operativo in corso d'anno.	E' stato costituito un gruppo di progetto e sono stati stabiliti i necessari contatti con l'AUSL di Bologna che ha realizzato il software; sono stati realizzati i primi corsi formativi per i NORAD (referenti di progetto delle varie strutture) sia di tipo tecnico che archivistico, finalizzati all'apprendimento operativo da effettuare nel 2 semestre e al conseguente avvio della procedura. La procedura è stata resa operativa nel mese di novembre presso tutte le strutture aziendali ed è ormai a regime.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività svolta e avvio operativo utilizzo software	Report	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Settore	7.1.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.
Si riprendono pertanto anche per 2016 gli impegni delle Direzioni aziendali:
-costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita
dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
-presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.
A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e
realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato. Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute
nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti
sotto il profilo economico.
-Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR: Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei
fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale
dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, pag 32)

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.1**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui). Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014. A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato.	L'Azienda da diversi anni si è contraddistinta per una tempestività di pagamento delle forniture di beni e servizi di riferimento nel panorama delle aziende sanitarie regionali. La tempistica, che a fine 2015 si è consolidata complessivamente in circa 85 giorni, si sta ulteriormente riducendo soprattutto per effetto dell'aniticipazione a 60 gg del pagamento degli ospedali privati e degli stabilimenti termali, in precedenza liquidati a 90 gg. Per un perfetto allineamento alla scadenza media di 60 gg occorre, nella seconda metà dell'anno, rivedere talune procedure di liquidazione interna nell'area del cd Socio-Sanitario e della Specialistica Accreditata, mentre non sussistono problemi particolari per le restanti forniture di beni e servizi. I debiti informativi nei confronti del Collegio Sindacale sono stati puntualmente rispettati. L'allineamento all'obiettivo dei 60 giorni è progressivamente stato perseguito nel corso dell'anno e a fine 2016 l'indicatore si è assestato a 56 giorni. L'obiettivo pertanto è stato raggiunto. Si precisa che sono stati aggiudicati i 2 mutui autorizzati dalla Regione a copertura degli interventi indicati nel piano triennale degli investimenti, che verranno ammortizzati a decorrere dal 1° luglio 2017. Gli indicatori di tempestività dei pagamenti sono regolarmente resi disponibili sul sito Amministrazione Trasparente e riportati in sede di bilancio d'esercizio.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di tempestività dei pagamenti (espresso in giorni)	Raport dedicato	Numero <=		60,00	73,00	56,00		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.2**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - Corretta compilazione schemi bilancio**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso: -un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali; - il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; - la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.	Le rendicontazioni periodiche CE 2016 sono state regolarmente compilate e trasmesse, così come quelle di fine esercizio 2015 CE, SP ed LA sono state regolarmente inserite nei tempi previsti nel corso del 2016; le rendicontazioni di fine 2016, parimenti, verranno inserite nei tempi previsti. In sede di redazione del bilancio d'esercizio, 2016, poi, sono state seguite in modo più puntuale le indicazioni regionali per la compilazione degli schemi economici e patrimoniali.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	Raport dedicato	% >=		90,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.3**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.	La Piattaforma Web è stata correttamente alimentata e i relativi valori sono stati costantemente concordati con le aziende sanitarie corrispondenti.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	Raport RIT	% =		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.4**	**Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)	L'Azienda ha accumulato un certo ritardo nella produzione delle procedure aziendali, conseguenti all'emanazione delle Linee Guida da parte della Regione, come già rendicontato in sede di consuntivo 2015. Nel corso del primo semestre è iniziata una intensa attività di recupero del gap prodottosi e sono state prodotte in forma definitiva, pur se non ancora sottoscritte, 3 procedure (Budget, patrimonio netto, immobilizzazioni) e sono in corso di completamento le procedure relative al recepimento di rilievi ed osservazioni degli organi di controllo e delle rimanenze. Tutte le procedure sopra evidenziate e validate sono state allocate e rese fruibili in una apposita sezione Intranet.Il percorso di recupero è proceduto nel 2° semestre e la rendicontazione al 31.12.2016 inviata in Regione evidenzia documentalmente tale progresso; nel corso del 2017 verranno definitivamente fasate le scadenze regionali con la operatività aziendale.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione Adempimenti 2016:Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali)	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Area Rimanenze	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	15,00%	100,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Procedure rilievi Revisori e Regione	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	75,00%	100,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Regolamento Budget	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Ricognizione regolamenti	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	50,00%	75,00%		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.5**	**Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)	Vedi obiettivo precedente

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione Adempimenti 2016:Area Crediti-Ricavi	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	25,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Area Disponibilità liquide	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	25,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Area Patrimonio Netto	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:AreaDebiti-Costi	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	35,00%		
Implementazione Adempimenti 2016:Revisioni Limitate	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	75,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.1.2.6**	**Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara. Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.	L'azienda ha partecipato tramite la dirigente del Controllo di Gestione al gruppo regionale incaricato di redigere i documenti preparatori all'attivazione della gara; il contributo della collega è frutto di una valutazione complessiva di tutte le professionalità aziendali interessati dalla nuova procedura (Area Acquisti, Area Farmaceutica, Area Controllo di Gestione, Area Bilancio...). La collega è stata inoltre designata per la partecipazione al Gruppo di Monitoraggio. Inoltre si è partecipato con altre professionalità agli incontri dei gruppi tematici, ove richiesto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione a gruppi di lavoro specifici	report	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	7.2	Le strategie di integrazione in Area Vasta

Settore	7.2.1	Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il processo di integrazione tra le diverse Azienda Sanitarie in Area Vasta proseguirà anche nel 2015 nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali ed in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. In termini generale, il ricorso al livello di Area Vasta avverrà ogniqualvolta l'ottimizzazione della filiera obiettivi/azioni/ risultati/risorse verrà ritenuto il più economico ed efficace, costituendo una opportunità ed una utilità per il sistema, configurandosi come un ampliamento della gamma delle possibili soluzioni organizzative a cui le Aziende possono ricorrere.	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.2.1.1**	**Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione**			

Descrizione	Rendicontazione
L'attività di Aven si concentrerà sui seguenti aspetti: 1)definitiva andata a regime dei nuovi percorsi di lavoro riguardanti le procedure di gara, che nel corso del 2015 hanno consentito di raggiungere elevati livelli di produttività, di risultati economici e di coerenza con i bisogni rappresentati dagli utilizzatori dei beni e servizi; 2) Consolidamento dell'attività dei gruppi di lavoro già costituiti e riavvio di taluni gruppi da tempo non operativi (Es. Controllo di Gestione); 3)Formulazione di indirizzi comuni per la redazione dei principali regolamenti aziendali, come già avvenuto per la Libera Professione Similalp, utili per gli adempimenti in tema di certificabilità dei bilanci aziendali.	Le direzioni amministrative di Aven hanno concordato, in armonia con la programmazione indicata nell'obiettivo, i seguenti livelli di operatività: 1) Prosecuzione della positiva attività nell'ambito dei processi di aggiudicazione di procedure di gara, mediante un attento monitoraggio dei singoli percorsi di gara ed eventuali solleciti in caso di ritardo rispetto alla tempistica programmata 2)Conferma dei gruppi di lavoro già attivi e programmazione della loro attività; è stata prevista la presenza dei direttori amministrativi, in base a una suddivisione per materia. E' poi stato riattivato il gruppo Controllo di Gestione, in quanto dal confronto dei vari professionisti aziendali ci si attende un significativo valore aggiunto sia in occasione di verifiche congiunte di report regionali (es. costi per LEA) sia di messa a fattor comune di buone pratiche. I primi output del gruppo saranno disponibili a partire dal prossimo mese di ottobre. 3) La direzione operativa e il coordinamento delle direzioni amminitrative hanno condiviso le aree su cui lavorare in forma congiunta a partire dal mese di settembre , al fine di formulare/riformulare diversi regolamenti necessari, tra l'altro, per definire correttamente gli atti normativi aziendali ritenuti fondamentale in base alle regole di certificabilità dei bilanci.L'attività si è regolarmente svolta e a quelle programmate si è aggiunta quella di una condivisione delle procedure relative alla certificabilità dei bilanci nell'ambito di un percorso formativo comune.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta	Report e schemi di regolamenti in atti alla Direzione Amministrativa/ Direzione Generale	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Sub-Area	7.3	I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Settore	7.3.1	Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Dipartimento Valutazione e Controllo è una articolazione aziendale in Staff alla Direzione Generale a cui afferiscono le seguenti Unità Operative:
. Servizio Controllo di Gestione
. Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari
L'organizzazione aziendale vede, oltre alla funzione di Controllo di Gestione centrale, riferimento per l'intera Azienda, un'attività decentrata radicata presso ogni area distrettuale, a supporto delle strutture di rispettivo riferimento cui appartengono e dipendono, e di interfaccia con il Servizio aziendale.
Nel processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, si darà avvio alla integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo al fine di condividere le migliori professionalità e razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie. Proseguirà lo sviluppo di una funzione strutturata di programmazione e controllo aziendale con il coinvolgimento non solo di professionisti di area amministrativa, da sempre impegnati nel controllo di gestione a livello aziendale e distrettuale, ma anche professionisti di area sanitaria con lo scopo di sviluppare una sinergia di competenze orientata a perseguire il collegamento tra programmazione, gestione economica e valutazione delle performance.

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.3.1.1**	**Integrazione funzione programmazione valutazione e controllo AUSL - AOU**			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio del processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, a partire dalla condivisione degli strumenti di programmazione e di un sistema comune di reportistica.	Il processo di integrazione funzionale è stato avviato a partire dalla condivisione degli strumenti di programmazione aziendali. Nella stesura del Piano della Performance 2016-2018 (Delibera n.3/ OIV) c/o la sede dell'Azienda USL è stato fatto un incontro comune per condividere con l'OIV-RER l'impostazione e i contenuti del documento che è stato redatto sulla base di un format omogeneo e regolamente pubblicato nei siti istituzionali entro il 30/06/16 (scadenza prevista dalle direttive). Proseguono i lavori per la condivisione di un cruscotto di monitoraggio dell'accordo di fornitura e dei consumi del Pronto Soccorso e del Punto Bianco. Con Delibera n. 647 del 28/09/16, è stato istituito il Dipartimento Interaziendale a valenza funzionale del sistema di Programmazione, Valutazione e Controllo, si è dato da subito l'avvio alle attività integrate e si sono svolti due incontri di coordinamento , il 19/10/16 ed il 24/11/16, opportunamente verbalizzati

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale		DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Reportistica	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.2**	**Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo di un sistema di gestione integrata dei documenti di programmazione aziendali (Piano Performance, Piano Azioni, Schede di Budget) attraverso l'utilizzo del software "G-Zoom" già in uso per la gestione delle schede di budget	Si sta consolidando il sistema di gestione integrata dei documenti di programmazione aziendale che sono ormai collegati sia logicamente (consequenzialità gerarchica degli obiettivi) che strutturalmente (puntuale richiamo dei collegamenti evidente nei documenti); dal corrente anno il medesimo sistema viene utilizzato anche per monitorare e rendicontare gli obiettivi assegnati all'Azienda nelle Linee di Programmazione Regionali (DGR 1003/16) direttamente nel Piano delle Azioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibera OIV 1/2014 e 2/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.3.1.3**	**Miglioramento Processo di budget**			

Descrizione	Rendicontazione
1. Consolidamento del processo iniziato nel 2014 attraverso l'utilizzo del software "G-Zoom" con la produzione di schede di budget omogenee in tutti i dipartimenti strutturate secondo una logica multidimensionale (BSC) e collegate al Piano Azioni ed al Piano della Performance; 2. In coerenza al Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), avvio del processo per il recepimento di specifiche Linee Guida Regionali, la redazione del Regolamento di Budget aziendale e del manuale operativo di contabilità analitica	1) Le schede di budget, impostate secondo la logica del BSC, sono state arricchite inserendo il puntuale richiamo dell'obiettivo del Piano delle Azioni che a sua volta richiama l'obiettivo e la dimensione del Piano della Performance da cui discende. 2) Il regolamento di budget è stato presentato nella seduta del Collegio di Direzione del 17/03/16; è stata redatta una specifica procedura pubblicata in una apposita sezione della intranet aziendale.

Obiettivi Performance	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.1.4**	**Qualità dei dati di contabilità analitica**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della conoscenza delle indicazioni del manuale e delle linee operative annualmente revisionate a livello regionale al fine di garantire la piena attendibilità dei flussi di contabilità analitica, attraverso il coinvolgimento delle articolazioni distrettuali e dei servizi e la produzione di specifiche istruzioni operative.	Nell'anno 2015 è stato diffuso il manuale di contabilità analitica aziendale, facendo riferimento alle linee guida regionali. Tale manuale è da ritenenersi tuttora valido, e verrà aggiornato in caso di modifiche a livello regionale. E' costante il monitoraggio e l'attività di controllo sulla correttezza delle imputazioni in contabilità analitica da parte delle articolazioni e servizi. La correttezza e la puntualità del dato viene cercata anche mediante imputazione diretta di dati tramite file acquisiti dalle ditte fornitrici. Il servizio partecipa attivamente ai progetti aziendali in cui è coinvolto. In particolare nel corso dei primi mesi dell'anno è iniziato una collaborazione con le macroarticolazioni per il monitoraggio dei costi relativi alle manutenzioni delle attrezzature sanitarie, con la ridefinizione dei meccanismi di imputazione in contabilità analitica.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 901/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza istruzoni operative	Dip. Val. Con.	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.5**	**Cruscotto direzionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di un modello di controllo strategico mediante l'elaborazione di un cruscotto multidimensionale per la valutazione delle performance funzionali ai processi decisionali del Top Management. Sviluppo del "Cruscotto Multidimensionale" delle Case della Salute (Rif. Obiettivo 2.1.1.4)	Il cruscotto multidimensionale delle Case della Salute, avviato sperimentalmente sulla Casa della Salute di San Secondo P.se, è stato arricchito con altre 3 Case della Salute (Colorno, Medesano, Langhirano), presentato alla Direzione, ai distretti ed ai DCP il 30/06/16, ed è ora possibile iniziare a fare confronti e valutazioni specifiche sulla consistenza di alcuni indicatori, a suo tempo individuati, per un migliore adattamento alle diverse realtà ed alla capacità di lettura di determinati fenomeni. E' stata compiuta una revisione dell'anagrafica degli indicatori che ha tenuto conto dei nuovi indirizzi regionali sul funzionamento delle Case della Salute a seguito della adozione della DGR 2128 del 05 dicembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza cruscotto	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.6**	**Supporto a progetti di ricerca**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda collabora con importanti Istituti Universitari su progetti di ricerca volti a qualificare complessivamente il sistema azienda. Il Dipartimento Valutazione e Controllo assicura supporto metodologico ed operativo fornendo ai vari attori i dataset richiesti e compiendo elaborazioni ad hoc nei diversi ambiti in cui si svolge la ricerca. Nel 2016 sono in corso le seguenti collaborazioni: - Cergas Bocconi (Academy) - Cerismas Cattolica - Jefferson	Si è concluso il percorso Academy Cergas Bocconi per il triennio 2013-2015 con il workshop del 23/05/16 "Misurare per generare valore nel SSN: prospettive e strumenti per aziende e regioni", il contributo del Dipartimento Valutazione e Controllo è stato relativo al progetto "Population healt management per la BPCO" attraverso cui si è acquisito il metodo per la individuazione, la stratificazione e la lettura dei consumi dei pazienti con BPCO inseriti nella coorte; la coorte è stata replicata, con i dati aggiornati, sulla popolazione assistita dalla Casa della Salute di San Secondo e gli elenchi dei pazienti saranno consegnati ai MMG della Casa della Salute/NCP per impostare programmi di medicina di iniziativa nello specifico della BPCO. E' stata avviata con il Cerismas dell'Università Cattolica, la ricerca "sistemi di misurazione delle performance e leadership del cambiamento nelle aziende sanitarie", i cui risultati sono stati restituiti all'azienda nel seminario del 28/11/16. Prosegue il confronto con la Jefferson University di Filadelfia sull'interrogazione e gestione della banca dati assistiti soprattutto rispetto alle anagrafiche dei MMG/PLS. Con l'Università Bocconi è iniziata una ulteriore ricerca sulla fragilità con focus sulla popolazione diabetica

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.3.1.7**	**Sviluppo competenze e formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
La formazione funzionale allo sviluppo di una funzione strutturata aziendale di Programmazione e Controllo sarà orientata su due ambiti: • Formazione strategica “Strategia Aziendale e controllo Direzionale” finalizzata allo sviluppo di competenze distintive orientate al controllo delle strategie e dei processi organizzativi rivolta ad un target di professionisti sia interni al Dipartimento che afferenti ad altre articolazioni aziendali sia di area amministrativa che sanitaria;. • Formazione operativa sull’interrogazione e l’analisi delle banche dati sanitarie attraverso l’utilizzo del software SAS EG ed SPSS rivolta ad un target di professionisti sia interni al Dipartimento che afferenti ad altre articolazioni aziendali, con competenze tecniche specifiche	Il 9 marzo ed il 10 maggio si sono svolti i primi due incontri del percorso formativo "strategie aziendali e controllo direzionale" dove è stato affrontato il tema della valutazione multidimensionale e della mappatura dei percorsi, sono stati ridefiniti i gruppi di lavoro ed assegnati i temi ai gruppi che proseguono le attività anche attraverso il confronto sulla piattaforma e-learning. Il 13 settembre si è svolta la giornata conclusiva con la restituzione dei lavori assegnati da parte dei gruppi di lavoro. La formazione operativa sull'interrogazione delle banche dati sanitarie e sullo sviluppo di competenze per l'analisi della domanda nei setting dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che ha coinvolto un gruppo ristretto di partecipanti, è iniziata a luglio e sono stati fatti 4 incontri.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Eventi	U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell’Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.1.8**	**Sistema Informativo Controllo di Gestione**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosegue la manutenzione e l'aggiornamento del sistema gestionale MUSA/ Targit, in dotazione al Servizio attraverso il tempestivo recepimento delle modifiche del sistema informativo aziendale e dei flussi informativi regionali che interverranno in corso d’anno.	Il sistema di analisi multidimensionale MUSA/TARGIT è aggiornato alle più recenti disposizioni rilasciate dalla Regione Emilia Romagna in tema di tracciati flussi dati. In particolare, sono state recepite le modifiche apportate al flusso informativo ADI.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
			DGR e Circolari Regionali

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale aggiornamento flussi correttamente realizzati	Sistema Informativo del Diparimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.9**	**Strumenti informatici**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento dell'introduzione della tecnologia Server Integration Services (SSIS) per l'importazione e il controllo automatizzato dei dati nei Gestionali in uso presso il Dipartimento Valutazione e Controllo.	E' stata completata l'implementazione dell'import automatizzato dei dati delle Prestazioni Ambulatoriali, grazie alla disponibilità dei dati nel gestionale Auriga. L'automazione permette di slegarsi dalla restituzione periodica da parte del RIT e di ridurre drasticamente i tempi di caricamento dei dati. Il processo sostituisce una serie di procedure di importazioni manuali che spesso si sono rivelate problematiche anche dal punto di vista della stabilità del sistema. Nella seconda parte dell'anno sono state automatizzare le importazioni dei dati relativi ai costi della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero flussi automatizzati	Sistema Informativo del Diparimento	Numero	4,00	8,00	4,00	8,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.10**	**Reportistica dinamica Targit**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo ed implementazione del sistema di reportistica dinamica con il software Targit: obiettivo è mettere a disposizione dell'Azienda un portale web contenente report dinamici ed interconnessi, utili per il monitoraggio e la pianificazione dell'attività e della produzione. Il portale, il cui sviluppo è iniziato alla fine del 2015 e che integra e non sostituisce i report statici a cadenza periodica, sarà accessibile tramite credenziali di accesso personalizzate per tipologia di area di interesse e di contenuti.	Il software Targit è operativo ed accessibile tramite la creazione di numerosi utenti personalizzati, associati ai vari dipartimenti aziendali.Attualmente Targit è accessibile da 13 utenze non-nominative web-user e 5 utenze gestionali con credenziali di sviluppatore. In seguito alla fase di test è stata stabilita la più corretta procedura di utilizzo, in relazione ai browser utilizzati, alla risoluzione grafica e alle principali operazioni di uso comune. Sono stati creati nel corso dei mesi numerosi cubi multidimensionali ai quali Targit attinge e dai quali sono state create reportistiche dinamiche, utili per l'analisi di numerosi aspetti dell'attività aziendale: dai report di tipo più specificamente amminsitrativo, ai report relativi alla produzione ospedaliera, al monitoraggio dell'attività del Punto Bianco, delle Case della Salute, tutti accessibili e consultabili con dedicati profili d'accesso appositamente creati.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Pubblicazione e accessibilità del Cruscotto web	Targit	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.3.1.11**	**Sistema Informativo – banche dati - adempimenti**			

Descrizione	Rendicontazione
Al fine di esercitare la funzione di promozione e coordinamento dell'assolvimento dei debiti informativi che alimentano il sistema informativo regionale e ministeriale (assegnata al Dipartimento Valutazione e Controllo) è necessaria il corretto mantenimento e aggiornamento della mappatura delle "banche dati" presenti sui server aziendali e presso le varie strutture dell'Azienda. Il prodotto della rilevazione è un file in cui sono riportati tutte le informazioni salienti relative ai flussi informativi che attraversano l'Azienda nel suo funzionamento.	Si è completata la ricognizione delle Banche Dati aziendali grazie all'incontro con il Dr. Cozzolino, Direttore del DSP, che ha illustrato i numerosi e variegati flussi di pertinenza del Dipartimento e fornito i file completi di tutte informazioni richieste.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Obiettivi DG

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.1.12**	**Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI**			

Descrizione	Rendicontazione
L'attività di reporting legata ai flussi informativi (Sico, Sirco,Siadi , Hospice e Grad) e non (Sanità Penitenziaria, Ricoveri Area Salute Mentale Adulti, Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza, Costi e Personale del DAI-SMDP e del DSP) proseguirà, a completamento delle linee guida indicate nel Piano Attuativo della Certificabilità - DGR n. 865/2013 -, con l'introduzione nei report degli ultimi items di analisi previsti, il rispetto della tempistica raccomandata, compatibilmente con la disponibilità delle fonti dei dati, e la rappresentazione grafica con editing dedicato. Per quanto riguarda la nascente reportistica relativa all'Area assistenziale delle Cure Intermedie, proseguirà la fase di sviluppo, in collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie, mirante alla definitiva configurazione. Il flusso informativo SIADI richiederà ulteriori partecipazioni a Tavoli di Lavoro nell'ambito del Gruppo di miglioramento della qualità del flusso (Rif. ociettivo 1.1.5.3)	La reportistica pubblicata nel corso dell'anno 2016 contenente i principali costi di gestione, la composizione del Personale Dipendente e le salienti informazioni di attività relativamente alle Aree assistenziali oggetto di analisi periodica ha rispettato tempi e modalità previsti, in conformità alle linee guida dettate dal DGR 865/2013. In alcuni casi, per la peculiare strutturazione della fonte informativa, la periodicità di pubblicazione ha subìto deroghe rispetto alla normativa di riferimento succitata, pur nell'ambito di un'ancora conveniente fruibilità. Sono state introdotte nuove voci di spesa (i costi dei medici MMG/PLS all'interno delle reportistiche ADI e Hospice con utilizzo di specifiche sezioni dei sistemi informatici Targit e MUSA, il consumo di farmaci classificati secondo il codice ATC nella Salute negli Istituti Penitenziari). Nella reportistica dei ricoveri psichiatrici ospedalieri è stata introdotta la rilevazione del volume e dei valori delle consulenze effettuate da Specialisti Dipendenti del DAI-SMDP all'Azienda Ospedaliero-Universitaria. In collaborazione con il Servizio di Nutrizione Artificiale, è stata riconfigurata l'architettura del report, adattandola alla nuova organizzazione aziendale di fornitura. Il percorso di consolidamento/miglioramento della reportistica riguardante il Servizio delle Cure Intermedie, con il contributo del Dipartimento delle Cure Primarie, ha portato all'introduzione di nuovi indicatori di valutazione (basati sul Barthel Index). Il Gruppo per il monitoraggio e il miglioramento della qualità del dato del Flusso informativo SIADI ha istituito appositi Tavoli di Lavoro durante l'anno, formulando principalmente proposte di risoluzione di criticità emerse durante l'anno, precisazioni su modalità di applicazione di direttive regionali, prescrizioni correttive su errori più comuni, indicazioni di uso omogeneo del sistema gestionale WEB per tutto il territorio aziendale e proposte di specifici protocolli alla Direzione delle Cure Primarie.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.3.1.13**	**Approfondimento indicatori Assistenza Specialistica Ambulatoriale finalizzato alla predisposizione di reportistica trimestrale e annuale**			

Descrizione	Rendicontazione
Il Dipartimento Valutazione e Controllo nei momenti di confronto con i propri interlocutori Aziendali ha percepito l'esigenza di un sistema di analisi delle grandezze salienti l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. In particolare, si ritiene utile predisporre una reportistica di monitoraggio trimestrale della produzione ASA, rivolta eminentemente ai DCP, che nel fornire indicazioni dei volumi nelle diverse aree dell'Assistenza Specialistica tenga anche sotto controllo le prestazioni di particolare rilevanza per gli Obiettivi Aziendali. Su base annuale, inoltre, si pensa di realizzare un report di monitoraggio/ valutazione che analizzi: 1) l'andamento di produzione e consumo, 2) la valutazione della struttura dell'offerta e della dotazione dei Distretti, 3) l'andamento della mobilità, 4) la valutazione dei bacini di riferimento di erogazione delle prestazioni, 5) i tempi di attesa.	Grazie alla disponibilità intelleggibile e immediata dei dati delle Prestazioni Ambulatoriali (si veda Obiettivo 9) e al miglioramento delle assegnazioni del Personale e dei medici cd SUMAIST ai Centri di Costo di afferenza, si è avviata la predisposizione di un sistema di reportistica, attività-costi, delle Prestazioni Ambulatoriali in ambito DCP. E' stato completato un Report Costi Attività Personale dell'Assistenza Specilistica Ambulatoriale, che, nella seconda parte dell'anno, è andato ad includere anche il Servizio Dialisi, sia per la parte prettamente legata alla Specialistica Ambulatoriale sia per la parte dei servizi erogati in modalità Service. Per quanto concerne la reportistica annuale, è stata intrapreso un approfondimento metodologico con un Docente Qualificato al fine di impossessarsi degli strumenti concettuali e operativi che permettano un'analisi avanzata della domanda e dell'offerta di Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione reportistica trimestrale produzione ASA	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Progettazione documento annnuale analisi ASA	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	7.3.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il miglioramento del sistema informativo contabile

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso: -un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali; -il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; -la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	7.3.2.1	Il miglioramento del sistema informativo contabile - Contabilità analitica			

Descrizione	Rendicontazione
Per quanto riguarda la contabilità analitica, le Aziende USL devono garantire nel 2016, anche mediante l'aggiornamento del piano dei centri di costo/ responsabilità aziendale, la corretta rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alla DGR 291/2010), nel rispetto delle Linee guida COAN regionali in modo da consentire analisi e valutazioni circa le risorse impiegate nell'ambito di tali strutture.	Il piano dei centri di costo aziendale è costantemente aggionato e collegato con quello regionale. Perquanto riguarda le Case della Salute sono attivati i centri di costo che rispecchiano l'attività svolta al loro interno, facendo riferimento anche all'esperienza del gruppo di lavoro regionale al quale si è partecipato.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio alimentazione	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.2.2**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - contabilità analitica e ricavi presidio ospedaliero**			

Descrizione	Rendicontazione
Sulla base di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016 (Applicazione, a decorreredal 2017, delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547 – Piani di rientro – ai Presidi a gestione diretta delle Aziende Usl) e in vista della proposta ministeriale di un nuovo modello CP (Conto economico del Presidio) per la rilevazione dei costi e dei ricavi dei presidi ospedalieri utile alla determinazione dello scostamento gestionale previsto dalla Legge di Stabilità, si invitano le Aziende a prestare particolare attenzione nel 2016 all'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero.	A seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale è stato ridefinito il piano dei centri di costo del presidio stesso. L'imputazione dei costi è stata eseguita correttamente tenendo conto del nuovo modello. Per quanto riguardo i ricavi sono già attribuiti i ricavi propri (ticket pronto soccorso, libera professione) mentre solo in sede di chiusura sarà possibile ripartire la quota capitaria di competenza analizzando i punti DRG prodotti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Alimentazione contabilità analitica ricavi presidio	Docuemntale	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	7.4	LA FORMAZIONE

Settore	7.4.1	Obiettivi generali e specifici

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Gli obiettivi di sistema si fondano in via prioritaria sull'applicazione delle indicazioni delle DGR 1331/2011 e 1332/2011 relative all'accreditamento della Formazione (funzione di governo e provider). In ottica di sviluppo organizzativo invece il focus è collegato alla necessità di accompagnare lo sviluppo dell'organizzazione con azioni formative in grado di incidere sul cambiamento organizzativo. Tutto ciò comporta anche di lavorare in integrazione con gli aspetti della ricerca (prevalentemente organizzativa) e dello sviluppo delle competenze distintive per alcuni ruoli chiave.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**7.4.1.1**	**Accreditamento della funzione di governo e di provider: revisione delle evidenze**			

Descrizione	Rendicontazione
Il 17/2/2015 è stata effettuata la visita di verifica per l'accreditamento della funzione di governo e Provider ECM da parte della Commissione Regionale. La DGR 1604/2015 stabilisce la validità dell'accreditamento fino al 31/07/2018. Si intende lavorare sulle criticità rilevate nel verbale della visita, in parte confermate anche nella nota di risposta alle controdeduzioni del 29/07/2015, revisionando alcune evidenze.	Nel corso del primo semestre 2016 sono state revisionate alcune delle evidenze collegate alle procedure e alle istruzioni operative emesse dall'UO Formazione. Nel secondo semestre il lavoro di revisione delle evidenze è proseguito: tutta la modulistica revisionata è stata pubblicata in un apposita area "Home Formazione" del Portale www.elearning.foraven.it.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale		DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR 1604/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. evidenze revisionate/Evidenze emesse*100	Documentazione	% >=	15,00%	30,00%	15,00%	30,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.1.2**	**Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione e per i referenti della formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) della Formazione Aziendale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione Aziendale e per i referenti della formazione dei Dipartimenti. In particolare ciò riguarderà il processo formativo e la valutazione. Nel corso del 2016 si prevede la programmazione di almeno 3 eventi connessi all'analisi del fabbisogno, alla progettazione e alla valutazione degli eventi formativi.	All'Interno del Piano delle Attività Formaive 2016 è stato predisposto un Dossier Formativo specifico contenente i piani di sviluppo degli operatori dell'UO Formazione e dei referenti della formazione. In data 25 maggio 2016 è stato svolto un evento dal titolo "Dall'analisi dei fabbisogni alla definizione degli obiettivi formativi". Le altre due giornate previste sono in programma per ottobre - novembre 2016. Nel secondo semestre non è stato possibile realizzare le altre due giornate previste; il nuovo assetto organizzativo ed una ridefinizione della rete dei referenti della formazione non hanno permesso di pianificare e di realizzare una formazione ad essi dedicata.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo		DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM DGR OIV 1/14

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate	Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	33,33%	33,33%	67,00%	
Evidenza Dossier Formativo sulle competenze degli operatori della formazione	Sistema Informativo Formazione	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.1.3**	**Sviluppo competenze dei ruoli infermieristici strategici: prosecuzione dell'attività formativa**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 verrà data continuità al percorso intrapreso sviluppando nuovi interventi finalizzati allo sviluppo di competenze relazionali e trasversali dei coordinatori infermieristici territoriali (3 giornate)	All'interno del Piano delle Attività Formaive 2016 è' stato predisposto un Dossier Formativo specifico. Sono state programmate, a partire da settembre 2016, le giornate di formazione previste. Queste hanno avuto luogo il 28/09/2016, l'11/10/2016 ed il 25/10/2016 e hanno avuto come tema principale la gestione del conflitto e del cambiamento organizzativo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate	Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
Evidenza del Dossier Formativo Specifico	Sistema Informativo Formazione	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.1.4**	**Formazione trasversale e manageriale**			

Descrizione	Rendicontazione
In questo ambito si ritiene di dare continuità alle azioni svolte e sviluppare nuovi interventi: 1. Programmazione di seminari di ricaduta per i Direttori di Struttura Complessa che hanno completato le due edizioni del percorso formativo (3 seminari) 2. Prosecuzione del percorso Strategie aziendali e controllo direzionale (2a Edizione - 3 giornate) 3. Progettazione percorso formativo per Direttori di Struttura Semplice	1. Per quanto concerne la formazione dedicata ai Direttori di Struttura Complessa, in data 29/02/2016 è stato realizzato un seminario dal titolo "Verso servizi centrati sul paziente: gestire le sfide culturali del cambiamento organizzativo". Le altre due giornate non sono state realizzate. 2. Del Percorso formativo "Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione" sono state svolte due delle tre giornate previste in data 09/03/2016 e in data 10/05/2016. Questo si conluderà in data 13/09/2016 (ultima giornata). Il percorso si è regolarmente concluso. 3. La progettazione del Percorso formativo per Direttori di Struttura Semplice sarà effettuato nel corso del secondo semestre. La progettazione del percorso non è stata effettuata.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate-seminari realizzati / N. giornate-seminari programmati	Sistema Informativo Formazione	% >=	67,00%	100,00%	33,33%	33,33%	50,00%	
Scheda di progettazione Percorso per direttori di struttura sempLice	Documentazione	Sì/No =	Sì	Sì	No	No	0,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.1.5**	**Formazione integrata con la ricerca organizzativa e bibliografica**			

Descrizione	Rendicontazione
Il raccordo fra formazione e sviluppo organizzativo trova la sua evidenza nella realizzazione di un Dossier Formativo trasversale che intende per il 2016 affrontare: 1 La ricerca bibliografica (3 giornate) 2 L'etnografia organizzativa - corso avanzato (3 giornate) 3 La gestione dei focus group (3 giornate)	1. Nel corso del primo semestre sono state realizzate 2 giornate formative dedicate alla ricerca bilbiografica, (12/05/2016 - 08/06/2016). La terza è in programma per ottobre 2016. La terza giornata non è stata realizzata. 2. Del corso avanzato in etnografia organizzativa sono state realizzate le 3 giornate previste; è in programma per il secondo semestre un ulteriore sviluppo del percorso (3 giornate).Lo sviluppo del percorso non ha avuto luogo; l'obiettivo è stato comunque raggiunto. 3. Il percorso formativo sulla gestione dei focus group sarà attivato nel secondo semestre a condizione di un numero sufficiente di adesioni. Il corso non è stato attivato causa un numero insufficiente di adesioni.

Obiettivi Performance	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo	Obiettivi Direttore Generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate / N. giornate formative programmate ricerca bibliografica	Sistema Informativo Formazione	% >=	67,00%	100,00%	67,00%	67,00%	100,00%	
N. giornate formative realizzate / N. giornate programmate	Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.1.6**	**Formazione E-learning**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 si intende potenziare lo sviluppo della formazione e-learning erogata attraverso la piattaforma Foraven: 1.Programmazione, sviluppo e gestione di percorsi formativi e-learning (Legge 81 - Neoassunto) 2. Progettazione e avvio di un percorso formativo volto a sviluppare le competenze di base per la gestione attiva di ambienti virtuali di apprendimento	Nel corso del Primo semestre è stato avviato il percorso formativo e-learning obbligatorio sulla sicurezza dei lavoratori (Legge 81) e prodotta una versione demo del percorso formativo dedicato al neoassunto. Alla fine del 2016 è stata rilasciata la versione definitiva del percorso full distance "Conoscere l'Azienda USL di Parma" dedicato al neoassunto. La progettazione del percorso formativo per lo sviluppo delle competenze di base e-learning è in fase di progettazione. Nel corso del secondo semestre la progettazione del percorso è stata conclusa. Il percorso sarà avviato nel corso del 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative attivate percorso di formazione e-learning / N. giornate formative programmate	Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	
N. percorsi formativi e-learning attivati/ N. percorsi formativi e-learning programmati	Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.4.1.7**	**Integrazione con Formazione AOU: percorsi formativi**			

Descrizione	Rendicontazione
Progettazione e sviluppo di percorsi formativi condivisi con AOU (almeno 2 percorsi)	Nel corso del primo semestre sono stati avviati e conclusi i seguenti 3 percorsi formativi: - "Corso sui rischi specifici per lavoratori" (4 ore) per n.5 Edizioni (27/01 - 16/02 - 08/03 - 20/04 - 18/05). - "Prevenzione e Promozione Trasparenza 2016 - 2018" (3 ore) per n. 2 Edizioni (20/04 - 20/06). - "Conciliazione Vita e Lavoro D.lgs 80 del 2015" (3 ore) per n.1 Edizione (23/05).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Eventi formativi realizzati/ N. Eventi formativi Programmati	Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Settore	7.4.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Per tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche: prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale
Obiettivo	**7.4.2.1**	**Formazione specifica in medicina generale - Percorso e Tutor**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso: -La formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); -La definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.	Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento dal titolo: "CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE ". La rete dei tutor sarà ridefinita e formalizzata nel corso del secondo semestre. Nel corso del secondo semestre la rete dei tutor è stata ridefinita ma non ancora formalizzata con atto.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese	Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.2.2**	**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi. Gli obiettivi per il 2016 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)	Nel corso del 2016 i progetti formativi dei quali è stato misurato il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo sono: - Dematerializzazione e Gestore Documentale Babel - Progetto "Intervento a supporto dell'Integrazione di Funzioni di Staff e Tecnico Amministrative Azienda USL/Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma" Il percorso formativo del quale sarà misurata l'efficacia è quello in" Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione".

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	Documenti Formazione	Numero >=		2,00	2,00	2,00		
progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	7.5	La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

Settore	7.5.1	Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
L'attività di comunicazione aziendale consoliderà ancora il pieno raggiungimento delle sue finalità istituzionali, ovvero: il miglioramento continuo dell'informazione e della conoscenza dei cittadini di servizi e percorsi di cura per un loro utilizzo più appropriato, la collaborazione alla promozione della salute e all'educazione sanitaria con apposite azioni di comunicazione integrata; il miglioramento della diffusione interna delle informazioni relative all'organizzazione e agli obiettivi aziendali. Sono previste alcune azioni di innovazione organizzativa e produttiva: realizzazione di un sistema sperimentale di monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli strumenti di comunicazione; elaborazione di un progetto di fundraising inter-aziendale; attivazione della presenza aziendale sui principali social media.	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	**7.5.1.1**	**Realizzazione di campagne informative**			

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione delle campagne informative regionali, realizzazione di campagne aziendali integrate, inter-aziendali o di Area Vasta, in accordo con il Piano regionale della prevenzione 2015-2018. In collaborazione con gli uffici aziendali competenti verranno costruiti percorsi ad hoc di monitoraggio e valutazione dell'efficacia comunicativa degli strumenti di comunicazione inter-aziendali a supporto delle campagne. Prosecuzione della campagna informativa interna-esterna aziendale a supporto della realizzazione della nuova ala ospedaliera di Vaio.	Sono state realizzate tutte le campagne previste e collegate con la programmazione aziendale e regionale. Particolare impegno e investimento organizzativo ed economico è stato assicurato per la campagna regionale sulla disdetta-liste d'attesa. I percorsi di valutazione della qualità degli strumenti sono rimasti in corso di progettazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione		DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne totali realizzate	evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	11,00	22,00	9,00	25,00	82,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.5.1.2**	**Materiale informativo**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione grafica e stampa di strumenti cartacei di comunicazione interna ed esterna, applicando tecniche e principi previsti dalla progettualità regionale sull'health literacy.	L'attività è stata realizzata, anche in collaborazione con il Gruppo aziendale per la semplificazione della comunicazione ai cittadini ("health literacy") , per rispondere alle richieste di articolazioni aziendali e di progettualità interaziendali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)	evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	20,00	40,00	31,00	75,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.5.1.3**	**Eventi comunicativi aziendali**			

Descrizione	Rendicontazione
Progettazione e realizzazione di eventi comunicativi aziendali di particolare rilevanza e impatto sulla comunità di riferimento, nonché organizzazione diretta di eventi.	Sono stati organizzati due eventi di particolare rilievo aziendale: l'inaugurazione del Centro di prevenzione cardiovascolare presso la Casa della Salute PR Centro; l'inaugurazione del Pronto Socorso dell'Ospedale di Vaio con il Presidente del Consiglio dei ministri.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Eventi	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	1,00	3,00	0,00	2,00	0,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.5.1.4**	**Sito Internet, servizi online e portale ER Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento continuo del sito Internet aziendale, nei contenuti informativi e loro organizzazione grafico-editoriale e aggregazione nel sito di siti esterni di singole strutture aziendali. Attivazione sperimentale di strumenti di rilevazione della qualità percepita da parte dei visitatori (sondaggi on line) , sperimentazione di commenti a una selezione di news. Attivazione presenza aziendale sui social media. Prosecuzione della collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute.	Si sono consolidate le azioni per garantire un miglioramento continuo sia di processo che di prodotto, tanto nei contenuti editoriali del sito come nella loro organizzazione. E' stata attivata da marzo la sperimentazione della pagina aziendale sul principale social media (Facebook), come previsto dal progetto validato dal Collegio di Direzione a gennaio.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Notizie pubblicate	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	125,00	250,00	115,00	304,00	92,00%	
Utenti unici visitatori del sio aziendale	Google analytics	Numero >=	34.000,00	400.000,00	271.666,00	513.788,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.5.1.5**	**Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti**			

Descrizione	Rendicontazione
Allineamento modalità informatiche di rilevazione e classificazione segnalazioni agli URP, supporto alla programmazione annuale del coordinamento aziendale CCM. Miglioramento della sezione aziendale della banca dati del numero verde regionale, rilevazione chiamate II° livello. Costruzione di un progetto di fundraising aziendale. Miglioramento delle risposte alle richieste informative dal servizio on line "scrivici" del sito aziendale.	Sono state allineate le modalità di rilevazione e classificazione delle richieste e-mail al sito (servizio "Scrivici") e le chiamate-risposte al II° livello del Numero verde del Servizio sanitario regionale, migliorando così l'analisi e la qualità delle risposte. Il progetto di fundraising aziendale è ancora in fase di costruzione e al momento rigurada solo la gestione diretta del contratto di concessione spazi pubblicitari nelle sedi (bacheche e monitor).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Risposte servizio on line "scrivici" e chiamate II° liv. del Num ver SSR	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	250,00	500,00	197,00	540,00	79,00%	
Riunioni coordinamento aziendale URP e CCM	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.5.1.6**	**Rapporti con i media**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento del coordinamento operativo con l'ufficio stampa di AOU, nell'ambito del progetto di integrazione dell'area comunicazione delle due Aziende, per perseguire il miglioramento continuo della presenza sui media locali e per ottenere una occasionale presenza sui media regionali e nazionali. Consolidamento del sistema aziendale di rilevazione statistica per la valutazione della qualità della presenza aziendale sui media locali .	Il coordinamento operativo interaziendale delle relazioni con la stampa è stato consolidato, così come la produzione semestrale, per la direzione ma anche per tutto il personale aziendale, di un sistema di rilevazione statistica della qualità della presenza aziendale sui media locali

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Comunicati e conferenze stampa	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	80,00	150,00	107,00	209,00	100,00%	
Organizzazione interviste e contatti giornalisti-azienda	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	40,00	75,00	76,00	146,00	100,00%	

Settore	7.5.2	Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Consolidamento della funzione di diffusione interna delle informazioni sull'organizzazione e gli obiettivi aziendali, per contribuire alla realizzazione della programmazione aziendale e al miglioramento dell'efficienza produttiva e organizzativa aziendale. Allo scopo proseguirà la realizzazione di campagne informative interne, utilizzando prioritariamente servizi di comunicazione on line basati sulle funzionalità anche multimediali della nuova intranet , strumenti cartacei o video.	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**7.5.2.1**	**Campagne di comunicazione interna**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione di campagne interne di comunicazione di promozione della salute, della tutela dei diritti e della sicurezza dei lavoratori, oltre che di informazione su attività, disposizioni e programmazione aziendali.	Sono state realizzate campagne di comunicazione interna sia specifiche (lavaggio della mani) che più generaliste (farmaci contraffatti, disdetta, virus zika, ecc)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne realizzate	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	4,00	3,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.5.2.2**	**Intranet e altri strumenti**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidamento della nuova intranet aziendale e delle sue funzionalità informative avanzate. Realizzazione grafico-editoriale di strumenti informativi cartacei e video	La nuova intranet si è consolidata quale strumento di lavoro quotidiano degli operatori aziendali. E' proseguita la realizzazione di prodotti grafico-editoriali ed è stata avviata la realizzazione di video informativi

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Notizie pubblicate sulla Intranet	evidenze c/o Ufficio Formazione	Numero >=	50,00	100,00	82,00	168,00	100,00%	
Prodotti informativi	evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	18,00	35,00	20,00	45,00	100,00%	

Sub-Area	7.6	Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

Settore	7.6.1	Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le direttrici sulle quali l'Azienda vuole impostare le azioni relative al personale sono principalmente quelle indicate come prioritarie dalle Linee di programmazione RER, determinate in gran parte dal quadro normativo nazionale, dalla contingenza economica e dall'impatto delle recenti manovre finanziarie. La contrazione delle risorse induce , riguardo al personale, ad una attenta analisi dei fabbisogni, oltre ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale – Pertanto : a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale b) Contenimento del numero di contratti a tempo determinato per copertura lunghe assenze- c) Riduzione del precariato d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione Aziendale sia in ambito sanitario, sia amministrativo- e) Politiche di integrazioni tra aziende provinciali ed a livello di Area Vasta. f) Riduzione del numero delle strutture complesse a seguito di politiche di razionalizzazione delle unità operative a parità di servizi offerti all'utenza.	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**7.6.1.1**	**Predisposizione attività propedeutiche all'avvio della procedura di gestione Unificata delle Risorse Umane (GRU) e partecipazione ai lavori del Gruppo regionale in preparazione alla introduzione**			

Descrizione	Rendicontazione
Trattasi di obiettivo strategico, finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nella predisposizione delle tabelle di base, nella valutazione degli aspetti applicativi della procedura, ivi compresi i moduli Formazione, Gestione Turni e Valutazione competenze e della valutazione delle ricadute aziendali sia a livello operativo sia a livello organizzativo.	Durante il 2016 si sono tenuti incontri in sede AVEN per la predisposizione delle tabelle di base per tutti i muduli in cui si scompone la procedura unificata di gestione delle risorse umane GRU (Giuridico - Presenze - Economico - Formazione ecc.) Nel mese di giugno il tavolo regionale sulla base di quanto trasmesso dai gruppi di lavoro di area vasta ha redatto e inviato le tabelle GRU definitive alle Aziende sanitarie regionali affinche procedessero alla transcodifica delle tabelle in uso presso le aziende stesse. La procedura è stata completata entro il 31 agosto 2016

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		Delibera di programmazione regionale 2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Allineamento tabelle di base secondo le tempistiche indicate dalla Regione	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Segnalazioni di eventuali specificità e problematiche aziendali	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.6.1.2**	**Governo degli organici, secondo le linee di indirizzo previste dalla normativa nazionale, dalle indicazioni regionali e dalla compatibilità economica aziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda, valutate le priorità in ambito assistenziale, e tenuto conto dei documenti di riorganizzazione dei dipartimenti aziendali e del PO, predispone un piano previsionale di assunzione coerente con gli indirizzi regionali Verrà pertanto effettuata una programmazione del fabbisogno complessivo, e, nelle sedute di budget coi dipartimenti e con le articolazioni, verranno concertate le singole dotazioni per l'anno in corso. Verrà perseguito inoltre il progressivo superamento del precariato ed il contenimento del numero di personale a tempo determinato.	Nel corso del 2016 si sono tenuti gli incontri di budget con le articolazoni aziendali nei quali sono state raccolte le richieste di personale per l'anno 2016. Sulla base delle richieste pervenute e delle disposizioni regionali in materia di assunzioni è stato predisposto il piano delle assunzioni trasmesso alla RER con nota 34120del 19/5/2016 e successivamente approvato. L'attuazione del piano assunzioni si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro precario ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

Obiettivi Performance	E5	Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale	Riferimento Normativo	Delibera di programmazione regionale 2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio assunzioni personale dipendente a tempo indeterminato, determinato e flessibile (In attesa di definzione)	Procedura risorse umane	Numero			90,00	100,00		
Predisposizione piano assunzioni	Documento piano assunzioni	Sì/No		Sì	Sì	No		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.1.3**	**Valutazione dell'assetto organizzativo aziendale di gestione delle risorse umane**			

Descrizione	Rendicontazione
L'imminente integrazione delle attività in capo ai servizi Risorse Umane delle due aziende sanitarie provinciali impone una riflessione sull'attuale assetto organizzativo ed operativo del ciclo di gestione delle risorse umane da cidurre in collaborazione ed in accordo con le direzioni amministrative distrettuali, finalizzata alla redazione di un documento che delinei l'assetto nell'ambito in esame.	Nell'ottobre del 2016 si è completato il processo di integrazione delle attività tecnico amministrative e di supporto tra le Aziende Sanitarie della Provincia di Parma con l'approvazione dei relativi atti deliberativi e la firma delle correlate convenzioni . Con Delibera n 650 del 28/9/2016 è stato istituito il Dipartimento Interaziendale delle Risorse Umane quale articolazione ad integrazione strutturale. Nella delibera citata viene descritto il funzionigramma ed il complesso dei poteri propri e delegati ai Direttori/responsabili così come evidenziato nella convenzione allegata all'atto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Organigranmmi e funzionigrammi dei nuovi Servizi interaziendali	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.1.4**	**Applicazione delle nuove convenzioni nazionali**			

Descrizione	Rendicontazione
Il servizio dovrà valutare i contenuti del nuovo Accordo Nazionale della Specialistica Ambulatoriale, fornire le necessarie indicazioni interpretative ed operative alle strutture distrettuali e supportare la direzione nella predisposizione degli accordi integrativi aziendali; il servizio analogamente dovrà valutare gli effetti di eventuali ulteriori accordi nazionali in tema di personale convenzionato.	Sono stati definiti i percorsi amministrativi e temporali condivisi per l'applicazione operativa dei vari istituti giuridici e contrattuali . E' stato definita una procedura informatic a e normativa in linea con gli orientamenti giuridici condivisi in sede di Tavolo di Lavoro Regionale. E'stato fornito supporto alla Direzione nella predisposizione degli accordi integrativi aziendali.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Supporto nella applicazione di nuovi accordi nazionali	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	
Supporto nella predisposizione di nuovi accordi integrativi	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.1.5**	**Applicazione delle nuove norme in tema di pubblico Impiego**			

Descrizione	Rendicontazione
La prossima emanazione dei decreti delegati in tema di Pubblico Impiego richiederà al servizio , in stretto coordinamento con l'azienda ospedaliera, una analisi dei nuovi provvedimenti normativi, delle loro ricadute in azienda e delle necessarie indicazioni per una loro corretta applicazione. analoga attività dovrà essere svolta in caso di sigla a livello nazionale di nuovi Contratti Colletivi.	I decreti attuativi della legge 124/2015 in materia di pubblico impiego al 31/12/2016 non sono ancora stati presentati dal Consiglio dei Ministri. L'analisi è pertanto rinviata al momento della piena esecutività dei decreti sopracitati.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale e report dedicati	Documento	Sì/No	Sì	Sì	Sì	No	100,00%	

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.1.6**	**Nuove norme in tema di orario di lavoro**			

Descrizione	Rendicontazione
Ferme le responsabilità organizzative e di controllo in capo ai direttori di struttura, il servizio dovrà garantire alle medesime il necessario supporto e gli strumenti utili al pieno rispetto della normatiuva in questione, avendo anche presente quanto contenuto dalla Legge di Stabilità 2016 in tema di lavoro flessibile.	In data 14/6/2016 è stato siglato il verbale di concertazione con il quale l'Azienda e le OOSS della dirigenza medica hanno definito il" Regolamento per la disciplina dell'orario di lavoro della dirigenza medica del Presidio ospedaliero aziendale e del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze patologiche" Il monitoraggio del fondo del disagio ha evidenziato una diminuzione dei costi legati allo straordinario ed alla pronta disponibiltà dei dirigenti medici

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report dedicati	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	**7.6.2.1**	**Funzionamento dell'Organismo Aziendale di Supporto**			

Descrizione	Rendicontazione
La rivisitazione organizzativa su base interaziendale dell'Area Risorse Umane dovrà prevedere il continuo confronto con l'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV regionale e facilitarne l'adeguamento strutturale ed operativo, sulla base delle indicazioni fornite dal medesimo OIV.	Si è provveduto all'espletamento delle attività previste dalla programmazione definita dall'OIV RER ed in particolare l'OAS è stato impegnato nei seguenti ambiti: 1) adempimenti inerenti l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza - Verbale OAS in data 4/2/2016 2) adempimenti inerenti il percorso del Piano della Performance e del Budget aziendale , validazione check list per la verifica valutazione al 30 giugno inerente il Regolamento di Budget e la reportistica aziendale di cui alla nota pg/2016/0378084 del Servizio Amministrazione del SSR - Verbali OAS in data 30/6/2016 e 1/9/2016 3) Adempimenti relativi alla valutazione del personale sia del comparto che della dirigenza - Verbali OAS del 8/9/2016 e 21/10/2016

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Delibera n1/2014 OIV

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale e report dedicati	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Settore	7.6.3	Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Nell'anno 2011, in adempimento alla L. n. 183/2010 e successiva Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro per le Pari Opportunità le Pubbliche Amministrazioni, è' stato istituito il Comitato Unico di Garanzia con delibera del Direttore Generale del 21.07.2011. Tale organismo sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le Pari Opportunità ed il Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing.
Il Comitato ha iniziato ad operare nel mese di settembre , ha effettuato una giornata di formazione interna, ha elaborato ed approvato il regolamento che è stato successivamente deliberato dal Direttore
Generale.
A partire dal 2012 il Comitato ha sviluppato progettualità relative alla medicina di genere, quale il progetto, iniziato negli anni precedenti, relativo alla prevenzione del rischio cardiovascolare, rivolto alle Dipendenti dell'Azienda, e iniziative formative, in occasione della festa della Donna 2013 e 2014, 2015, in collaborazione con il CUG dell'azienda Ospedaliero-Universitaria.
Ha contribuito, collaborando con la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, alla progettazione e realizzazione di azioni e interventi per il contrasto alla violenza sulle donne (progetto di modernizzazione regionale, percorsi formativi in due Case della Salute, iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, istituzione del Centro LDV per l'accompagnamento degli uomini maltrattanti). Sul versante del benessere organizzativo ha proceduto nel corso del 2014 all'elaborazione di un codice etico, in attuazione della Direttiva sopracitata

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	**7.6.3.1**	**Medicina di genere**			

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la quarta edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale rispettoso e valorizzante delle differenze.	E 'stato realizzato il convegno sul tema della fragilità ossea e forma fisica cui hanno partecipato 250 Operatori sanitari, sociali e delle Associazioni. L'argomento trattato rappresenta in modo emblematico l'approccio di prevenzione e cura della Medicina delle Differenze:le diverse caratteristiche endocrino metaboliche dei due generi, ma anche i fattori sociali, ambientali e culturali determinano una iversa espressione della malattia e delle possibilità di cura. Nel convegno sono stati particolarmente affrontati temi della prevenzione sia sul piano dell'attività motoria che di una corretta alimentazione.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 213/2013 L. R. 91/2014

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
realizzazione convegno	ATTI IUFFICIO COMUNICAZIONE	Sì/No =	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.6.3.2**	**Contrasto alla violenza sulle donne**			

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS negli anni precedenti, nella realizzazione del percorso formativo sul tema, nell'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, nella realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, nel 2016 proseguirà la partecipazione del CUG ai progetti di contrasto al fenomeno della violenza con particolare riferimento alla manutenzione della rete territoriale e al consolidamento e promozione del Centro Liberiamoci della Violenza	Nel 2016 ha collaborato alla promozione e organizzazione di un seminario rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di tutta la provincia, quali nodi importanti della rete territoriale, aperto anche ad altri operatori sociali e sanitari. Un evento partecipato, condotto con altre realtà istituzionali e del terzo settore, con presenze importanti di MMG e PLS che ha ricevuto molto risalto e consensi. E' stato inoltre organizzato, in collaborazione con il CUG dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in occasione della Giornata internazionale contro la violenza alle donne, un convegno cui hanno partecipato 250 operatori sanitari e sociali focalizzato sulla violenza domestica in gravidanza, momento delicato vissuto dalle donne che può svelare l'inizio o l'amplificazione della violenza di genere anche con ripercussione sui figli. Continuano la collaborazione e gli incontri con le altre realtà firmatarie del Protocollo promosso dalla Prefettura, finalizzati alla programmazione progettuale, alla richiesta di contributi comunitari, nazionali e regionali sul tema della prevenzione e accoglienza di donne vittime. Ha partecipato agli Incontri in Prefettura sul tema dove si è concordato sull'opportunità di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un documento da sottoporre alla CTSS per l'adozione dei Piani operativi distrettuali, previsti dalle normative regionali e finalizzati all'organizzazione strutturata nel territorio provinciale dei servizi e dei riferimenti operativi a favore delle vittime.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati	firme presenza despositate presso DASS	% <=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.6.3.3**	**Codice etico**			

Descrizione	Rendicontazione
Formalizzazione e diffusione del Codice di Condotta/Codice Etico volto a prevenire tutte le forme di discriminazioni in ambito all'Azienda, ad integrazione/ sostituzione del Codice contro le molestie sessuali.	Il Comitato, il cui mandato quadriennale era scaduto a luglio 2015, è stato rinnovato con Deliberazione del Direttore Generale del5.08.2016. In considerazione dell'importanza della motivazione e della competenza dei Componenti sulle tematiche trattate dal CUG, si è scelto, come peraltro suggerito dalla normativa in materia, di invitare i Dipendenti, attraverso l'intranet aziendale, a esprimere la propria disponibilità a far parte del Comitato e a presentare il proprio curriculum. A seguito dell'interpello del personale sono state selezionate le candidature e rinnovato il Comitato che si è insediato a settembre 2016.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: DGR 213/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con articolazioni aziendali	Firme presenza	Numero <=		4,00		0,00		
Deliberazione aziendale	Deliberazione	Sì/No =		Sì		No		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.6.3.4**	**Piano Azioni Positive**			

Descrizione	Rendicontazione
Formalizzazione, del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n. 125/1991 e D.lgs. 196/2000.	L'azione potrà essere realizzata nell'anno 2017.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Deliberazione aziendale	atti direzione aziendale	Sì/No =		Sì	No	No		

Settore	7.6.4	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle risorse umane

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione, da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, del Piano Aziendale annuale di
Assunzione, con la definizione della percentuale specifica di copertura, sia del turn over del personale dedicato all'assistenza, sia degli obiettivi di costo complessivo delle risorse umane.
Nei Piani di Assunzione e nelle proprie dotazioni organiche, sottoposti alle valutazione regionali, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture
Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.
Nella programmazione dei fabbisogni e in sede di redazione dei Piani di Assunzione 2016, gli Enti del Servizio Sanitario dovranno inoltre considerare il disposto dell'art. 1, comma 397, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni. Contestualmente all'approvazione dei Piani di Assunzione, la Regione procede al controllo, previsto dalla Legge, degli atti deliberativi di adeguamento delle dotazioni organiche. Per quanto riguarda il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto), permane per il 2016 il blocco del turn over, fatte salve specifiche autorizzazioni in deroga e adeguamento alle disposizioni introdotte dall'art. 1, comma 224, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016)...
(vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 37)

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.6.4.1**	**Governo delle risorse umane - Legge di Stabilità 2016, programmazione per il superamento delle criticità nell'applicazione Legge 161/2014**			

Descrizione	Rendicontazione
In relazione ai contenuti della Legge di Stabilità 2016, in particolare nell'ambito dell'attività di programmazione rivolta al superamento delle criticità organizzative derivanti dall'applicazione della Legge 161/2014, la Regione Emilia-Romagna è impegnata attivamente all'interno di Tavoli di Lavoro nazionali, al fine di definire metodologie di calcolo dei fabbisogni effettivi di personale impiegato nelle strutture sanitarie, inquadrato sia nei ruoli della Dirigenza che del Comparto. (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 37)	Nel corso del 2016 si sono tenuti gli incontri di budget con le articolazoni aziendali nei quali sono state raccolte le richieste di personale per l'anno 2016. Sulla base delle richieste pervenute e delle disposizioni regionali in materia di assunzioni è stato predisposto il piano delle assunzioni trasmesso alla RER e successivamente approvato. L'attuazione del piano assunzioni si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	E5	Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.4.2**	**Governo delle risorse umane - GRU, processi di integrazione interaziendale e relazioni sindacali**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione e conclusione dei processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra Aziende, sia a livello provinciale che di Area Vasta, impegno caratterizzante degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, al fine di migliorare l'efficienza gestionale e giungere all'adeguata ridefinizione del fabbisogno di risorse umane, con conseguente razionalizzazione della spesa. le Direzioni degli Enti dovranno inoltre garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma.Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva... (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 38)	Nell'ottobre del 2016 si è completato il processo di integrazione delle attività tecnico amministrative e di supporto tra le Aziende Sanitarie della Provincia di Parma con l'approvazione dei relativi atti deliberativi e la firma delle correlate convenzioni . Sono stati istituiti i Dipartimenti Interaziendali Tecnico-Logistico e delle Risorse Umane , la S.C. Interaziendale Servizio Economico Finanziario , la SSD Internal Auditing, la S.C. Affari Generali quali strutture ad integrazione strutturale. Si è inoltre confermato il Dipartimento Interprovinciale ICT tra le due Aziende della Provincia di Parma e l'AUSL della Provincia di Piacenza . Tale Dipartimento è stato trasformato da funzionale a strutturale. Controllo di Gestione e Struttura Stampa , comunicazione e rapporti con l'utenza sono state individuate come strutture dell'integrazione funzionale e i Servizi /Uffici Affari legali ed assicurativi e i Servizi Prevenzione e Protezione come aree di collaborazione tra le due aziende sanitarie provinciali. E'stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali e di Area Vasta sul nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU). Sono state rispettate le scadenze individuate nel relativo cronoprogramma.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero processi completati sul totale processi avviati	specifico flusso di riferimento	% >=				100,00%		
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.4.3**	**Governo delle risorse umane - Processi di stabilizzazione del personale e contenimento del costo**			

Descrizione	Rendicontazione
i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato, nel 2016 andranno completati gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014. Sarà tuttavia possibile pianificare, in coerenza con il Piano di Assunzioni e il risultato di Bilancio aziendale, nel caso l'iniziativa sia ritenuta strategicamente favorevole, la copertura di posti vacanti con il personale che attualmente li ricopre, sia della Dirigenza che del Comparto, a condizione che l'operazione non pregiudichi l'equilibrio del sistema La progressione delle politiche di stabilizzazione del personale a tempo determinato, dovrà inoltre indurre la limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata, eventuali attivazioni di tali contratti dovranno, in ogni caso, essere disposti in coerenza con la normativa vigente. Il contenimento del costo del personale è, in sintesi, un obiettivo prioritario delle Aziende sanitarie regionali, deve essere perseguito principalmente attraverso lo sviluppo dei processi di riorganizzazione gestionale e la recente normativa sulla revisione delle reti ospedaliere... (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 39)	A completamento degli obiettivi previsti dalla DGR 1735/2014 l'AUSL di Parma nel corso del 2016 ha proceduto alla stabilizzazione di 20 unità tra personale aree della Dirigenza e del Comparto. Inoltre nel corso del 2016 sono state effettuate ulteriori n. 16 stabilizzazioni (n.5 di personale dirigente e n.11 di personale area comparto). La normativa sull'orario di lavoro ha richiesto un aumento temporaneo, e già in forte diminuzione a fine anno , dell'utilizzo del lavoro interinale soprattutto per l'assistenza negli istituti penitenziari. Comunque in conclusione l'attenta gestione del turn over e della sostituzione delle assenze, nonchè i processi di riorganizzazione gestionale attivati hanno permesso di assicurare in modo adeguato i livelli di assistenza pur mantenendo l'equilibrio del sistema

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area	7.7	Il SIT e la valorizzazione delle competenze

Settore	7.7.1	Organizzazione e gestione del personale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2016 si intende qualificare l'attività presso la struttura "lungo-assistenza" di Borgo Val di Taro attraverso l'adozione di specifici strumenti di pianificazione e valutazione dell'assistenza a partire dal Piano Assistenziale Integrato. Altre azioni previste riferiscono ad aspetti di ottimizzazione di percorsi e di utilizzo di risorse, progetto sulle sale operatorie, attraverso la collaborazione ad un progetto attivato dalla Direzione sanitaria, e di miglioramento della qualità di registrazione informatizzata dei dati relativi alla assistenza domiciliare, ADI WEB. Ancora, a seguito dell'avvenuta formazione di professionisti dell'Azienda alla specifica attività, si evidenzia la programmazione di percorsi di educazione al self management per pazienti affetti da malattie croniche secondo il modello , ormai assunto in numerose realtà nazionali ed internazionali, della Stanford University. Ulteriore impegno sarà rivolto alla costruzione ed al consolidamento di una rete di professionisti che fungano da facilitatori sui temi del rischio infettivo nelle attività assistenziali.	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**7.7.1.1**	**Qualificazione dell'attività presso la Struttura di Cure Intermedie "Lungo-Assistenza territoriale" di Borgo Val di Taro**			

Descrizione	Rendicontazione
Nella struttura di "Lungo-Assistenza", struttura ad alta valenza assistenziale, si intende pienamente adottare il metodo di lavoro ispirato alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale. L'équipe opererà mediante la stesura, l'attivazione e la successiva verifica, di Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) finalizzati alla conoscenza del paziente in tutti i suoi aspetti consentendo, operativamente, di identificare le modalità di assistenza a lui più adeguate tenendo conto di tutti i bisogni emersi dal confronto tra i diversi operatori , il paziente stesso e/o i suoi familiari.	Nel primo semestre del 2016 sono stati attivati gli incontri, a carattere settimanale, dell'équipe multiprofessionale; sono stati messi in uso , per valutazione e successiva validazione, alcuni strumenti operativi volti all'integrazione multidisciplinare (PAI, diario clinico integrato, schede di valutazione). Nel secondo semestre, è proseguito il percorso di integrazione tra le équipe della Lungoassistenza e dell'Hospice, volto anche a migliorare ed uniformare i modelli organizzativi assistenziali e l'utilizzo degli strumenti necessari a garantire un'assistenza multidimensionale adeguata ai bisogni dei pazienti che accedono al servizio. Nell'ambito del percorso si è consolidato, nella totalità delle prese in carico, l'utilizzo del Piano Assistenziale Individualizzato.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 284/2013 DGR 217/2014 DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° PAI predisposti/n° pazienti presi in carico nel periodo in esame	Doc. assistenziale	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.7.1.2**	**Ottimizzazione delle sale operatorie**			

Descrizione	Rendicontazione
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei comparti operatori del P.O. Aziendale.	Si è conclusa la parte di raccolta dati effettuata dal gruppo di lavoro e del materiale funzionale alla predisposizione del documento finale di riorganizzazione.La complessità intrinseca dell'obiettivo, legata anche a percorsi di intergrazione multiprofessionale, non ne ha consentito il conseguimento nei tempi previsti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione gruppo di lavoro	Direzione P.O.	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	
Documento di riorganizzazione	Direzione P.O.	Sì/No =		Sì		No		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.7.1.3**	**Realizzazione di percorsi di formazione all'autogestione delle malattie croniche**			

Descrizione	Rendicontazione
Realizzazione di percorsi di formazione al self management della malattia (modello Stanford University) in persone affette da patologia cronica con obiettivi di miglioramento della qualità di vita e dell'utilizzo appropriato dei servizi sanitari nella prospettiva di implementazione del modello del CCM.	Complessivamente nel corso dell'anno sono stati realizzati tre percorsi di formazione , secondo il modello della Stanford University, presso le Case della Salute di Colorno, San Secondo e Fontanellato, recentemente attivata. Gli eventi hanno coinvolto, complessivamente, circa 32 pazienti con patologie croniche o loro caregiver.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Gruppi di self management attivati in ambito provinciale	evidenze SIT	Numero >=	1,00	2,00	2,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.7.1.4**	**Spazio menopausa**			

Descrizione	Rendicontazione
Attivazione dello "Spazio Menopausa", collocato nel Consultorio di Borgotaro: valorizzazione del ruolo dell'ostetrica, nell'ambito dell'équipe multidisciplinare, relativamente alle attività di educazione a comportamenti preventivi e ad uno stile di vita coerenti con la menopausa (alimentazione, attività fisica, buone abitudini) e di rieducazione del pavimento pelvico.	Nella prima parte dell'anno, il progetto di organizzazione dello Spazio Menopausa è stato redatto e validato, in ambito distrettuale; si è anche completato il percorso formativo, presso l'AOU di Parma del personale ostetrico del Distretto individuato per operare nello Spazio Menopausa. Nel corso del secondo semestre si è strutturata l'équipe multiprofessionale costituita dalle seguenti figure: ginecologo, urologo, psicologo, ostetrica, esperto in ambito nutrizionale. L'équipe ha condiviso gli obiettivi indicati nel progetto ed ha pianificato specifici incontri di informazione all'utenza. Il prolungarsi dei tempi necessari alla progettazione ed organizzazione del servizio non ha consentito l'inizio di una specifica attività dell'ostetrica.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
pz con interventi specifici ostetrica/tot. pz che si rivolgono Serv.	evidenze Servizio	% >=		60,00%		0,00%		
stesura e validazione del progetto	evidenze Distretto	Sì/No =	Sì		Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.7.1.5**	**Costruzione rete di facilitatori - funzione aziendale rischio infettivo - I.C.A.**			

Descrizione	Rendicontazione
A seguito dell'attivazione della specifica funzione aziendale, afferente alla Direzione Infermieristica e Tecnica, progettazione e costruzione di una rete di professionisti che nell'ambito delle proprie realtà operative costituiscano un punto di riferimento per le tematiche del rischio infettivo nelle attività assistenziali e si rendano garanti dell'applicazione dei relativi progetti di miglioramento.	Successivamente all' elaborazione del documento di start up ed alla sua condivisione, sono stati individuati i componenti del gruppo di miglioramento permanente sulla prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza, negli ambiti ospedaliero e territoriale, è stato validato il percorso formativo precedentemente delineato ed attivata la fase iniziale dello stesso con previsione di prosecuzione nel 2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Costituzione rete dei facilitatori	evidenze SIT	Sì/No =		Sì		Sì		
Formazione dei componenti della rete	evidenze SIT	Sì/No =		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.7.1.6**	**Adozione in uso dell'applicativo ADI-WEB**			

Descrizione	Rendicontazione
Adozione del nuovo applicativo ADI-WEB in una prospettiva di miglioramento della qualità della registrazione delle informazioni relative all'attività erogata in regime di assistenza domiciliare.	Il nuovo applicativo ADI-WEB è, ormai, pienamente utilizzato da tutti i professionisti che devono implementare lo specifico flusso informativo, professionisti che hanno fruito, in precedenza , del relativo percorso formativo e partecipato alla fase di sperimentazione nell'utilizzo del software.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formazione e introduzione in uso dell'applicativo	Evidenze distrettuali	Sì/No =		Sì		Sì		

Sub-Area	7.8	Sicurezza del lavoro

Settore	7.8.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Continua in Azienda la realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. Il percorso avviato ha migliorato, a tutti i livelli organizzativi, le conoscenze in materia di sicurezza del lavoro promuovendo la " cultura della sicurezza " come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e non solo come mero adempimento normativo. Anche per l'anno 2016 l'obiettivo prioritario è rappresentato dal coinvolgimento attivo di tutte le figure aziendali per la condivisione ed adozione delle medesime Procedure di lavoro / Istruzioni Operative, da applicarsi nei vari Servizi dell'Azienda.	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.8.1.1**	**Gestione del rischio**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento delle condizioni di lavoro, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i., attraverso l'elaborazione di documenti di valutazione del rischio mirati, con riferimento ai rischi di carattere generale di tipo trasversale ed ai rischi specifici presenti nell'attività lavorativa. Predisposizione di Piani di bonifica. Predisposizione e/o Aggiornamento Documento di Valutazione del Rischio ed azioni conseguenti. Aggiornamento del Documento di valutazione del Rischio da esposizione ad Agenti Biologici e contestuale verifica relativa all'applicazione delle Procedure di sicurezza ed eventuale revisione/aggiornamento. Analisi del fenomeno infortunistico e formazione degli operatori, in collaborazione con i S.I.T. az.li. Collaborazione con il C.I.O. per il contrasto ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. A livello Aziendale inizia il percorso per l'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici, con la raccolta delle Schede di sicurezza aggiornate alla nuova Normativa (Reach - CLP : Regolamenti Europei in vigore dal 01.06.2015). Aggiornamento del Documento Aziendale che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione Individuali e diffusione fra gli operatori aziendali.	Predisposto Documento di Valutazioni del rischio per le sedi individuate. - DISTRIBUITE Predisposta la statistica degli infortuni, compresi infortuni a rischio biologico e distribuita agli interlocutori az.li. - DISTRIBUITO Iniziata la raccolate delle informazioni per per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione ad agenti biologici. - IN CORSO ANALISI Iniziata la raccolate delle informazioni per per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici. - IN CORSO ANALISI E VALUTAZIONE Aggiornato il Documento Az.le che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione individuali. - DISTRIBUITO

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Azioni di miglioramento eseguite.	atti del SPPA	Sì/No		Sì	No	Sì		
Relazioni effettuate	atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	Sì/No =		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.8.1.2**	**Gestione Emergenze**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosegue la predisposizione e/o l'aggiornamento dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali. Organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le. Attività di Formazione ed addestramento delle Squadre addette alla Gestione dell'Emergenza: RGE – Responsabile Gestione Emergenza e AGE – Addetti alla Gestione dell'Emergenza, compresa la formazione rispetto alla gestione degli impianti di allarme antincendio.	Eseguito aggiornamento e/o predisposizione Piani di Emergenza richiesti / concordati con singole articolazioni aziendali. Organizzati i Corso di formazione /addestramento: EFFETTUATI NEL SECONDO SEMESTRE 2016. NOTA: Le simulazioni previste non sono state svolte a causa di impegni istituzionali ed inderogabili del SPPA e sono state rinviate al 2017 (vedi nota prot. n. 81021 del 14.12.2016 a firma Direttore Generale - agli Atti).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi		D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di simulazioni effettuate	atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	50,00		
Numero Piani di emergenza predisposti	atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	90,00		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.8.1.3**	**Formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosegue l'attività di formazione di Dirigenti – Preposti – Lavoratori, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i. e dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011: organizzazione in AVEN dell'aggiornamento - 6 ore in modalità e-learning ed in collaborazione con AOU di Parma della Formazione specifica, nell'ambito dei Progetti formativi dell'OPP - Organismo Paritetico Provinciale Sanità Pubblica. Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning. Formazione del neo-assunto, in modalità e-learning. Formazione specifica antincendio Formazione specifica sulla corretta movimentazione delle persone nell'Assistenza Domiciliare, rivolta agli Operatori dei Distretti.	I corsi di formazione programati sono iniziati e sono stati conclusi.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo		D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di adesione alle inziative formative proposte	Anagrafica Aziendale	% =		100,00%	50,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.8.1.4**	**Benessere Organizzativo**			

Descrizione	Rendicontazione
Nell'ambito delle iniziative legate alla promozione del benessere organizzativo, si promuove il monitoraggio e l'analisi dei fattori di rischio - manifestazione e contrasto relativi all'anno 2015; i dati ottenuti saranno poi confrontati con gli stessi dati dell'anno 2013. Si avvia in tal modo il confronto interno fra partizioni organizzative aziendali, mirato all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato.	E' iniziata la raccolta degli Indicatori aziendali per il confronto successivo. Al momento non sono disponibili tutti gli indicatori necessari e richiesti dal Metodo adottato: Rif. 8°Rapporto annuale su Salute e Sicurezza in ER, "Sicurezza, qualità del lavoro e rischii psico sociali ". REALIZZATO INCONTRO CON OPERATORI PER RESTITUZIONE ATTIVITA' SVOLTA ED ESITI DI APPROFONDIMENTO TEMATICA ATTRAVERSO LA SOMMINISTRAZIONE DI QUESTIONARIO SPECIFICO, DISTRIBUITO NEI REPARTI DI OSPEDALE DI VAIO E BORGOTARO.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione Relazione e sua diffusione.	atti SPPA	Sì/No =		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.8.1.5**	**Azioni di Area Vasta**			

Descrizione	Rendicontazione
In Area Vasta AVEN si propone di avviare la raccolta delle Schede di sicurezza aggiornate (secondo la Normativa Reach - CLP) al fine di creare un archivio informatizzato comune a disposizione dei SPPA, mirato all'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio chimico.	Creato Archivio informatizzato contenete le Schede di sicurezza dei prodotti chimici in uso.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo: D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Schede di sicurezza rese disponibili	atti SPPA	% =		100,00%	80,00%	100,00%		

Settore	7.8.2	Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il Sistema di Gestione della Sicurezza ex-art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. comprende l'attuazione della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica dei lavoratori esposti a rischi per la salute, delegata al medico competente aziendale. Anche per il 2016 il medico competente è chiamato ad operare in collaborazione con le figure preposte alla sicurezza sia per i rischi disciplinati dal DLgs 81/2008 che quelli indicati dal DLgs 230/1995 in materia di radioprotezione, per garantire al Datore di Lavoro ed ai Dirigenti con delega quel modello organizzativo "esimente" delle responsabilità. Il medico collabora inoltre nei progetti aziendali di igiene ospedaliera per la tutela del rischio degli utenti "terzi".	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	**7.8.2.1**	**Gestione del rischio- A**			

Descrizione	Rendicontazione
Valutazione e stesura del Documento di Valuazione del rischio TBC in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro. Completamento dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con ITBL operanti in aree a rischio per la propria salute e per i terzi assistiti.	Lettera alle Direzioni di Ospedale e Distretto e articolazioni interne di inizio valutazione, con compilazione questionario allegato sui casi di TBC per ogni UO/servizio sanitario AUSL, misure tecniche e procedure presenti. Test di Mantoux per articolazione aziendale e UO/ servizio. Entro 31/01/2017 viene ufficializzata la bozza di DVR per la TBC per gli Ospedali di Borgotaro-Vaio e Distretto di Fidenza.

Obiettivi Performance	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 DGR n°2 del 2010

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Articolazioni aziendali dotate di Documento di valutazione del rischio DLgs 81-2008 per rischio TBC /totale delle articolazioni aziendali da dotare con il Documento di valutazione del rischio	Atti Direzione aziendale	% >=		50,00%	5,00%	50,00%		
Articolazioni aziendali dotate di Resoconto screening tubercolinici nei reparti classificati a rischio dal Documento di Valutazione aziendale/totale delle articolazioni aziendali da dotare di Resoconto	medico competente	% =		50,00%	30,00%	50,00%		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.8.2.2**	**Gestione del rischio -B**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea, in particolare varicella e morbillo, secondo PRP 2016-2018 recepito nel piano locale in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro.	Resoconto sul personale sanitario che ha effettuato lo screening varicella/ morbillo. Protocollo di sorveglianza sanitaria per esposti a rischio TBC, basato sulla Valutazione del rischio di reparto/servizio di cui al punto 3.4.2.1. negli Ospedali di Borgotaro-Vaio e Distretto di Fidenza

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Articolazioni aziendali con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo degli operatori a rischio o a rischio verso terzi/totale delle articolazioni aziendali da dotare con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo	medico competente	% =		50,00%	30,00%	50,00%		
Evidenza Protocollo di sorveglianza sanitaria per esposti al rischio TBC, varicella e morbillo	Atti direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**7.8.2.3**	**Gestione del rischio -C**			

Descrizione	Rendicontazione
Contenimento del rischio biologico da HBV HCV HIV in caso di infortunio percutaneo e congiuntivale del personale e dei costi della terapia profilattica attraverso la determinazione in tempi rapidi (entro 4-6 ore) dello stato sierologico del soggetto "fonte" nelle articolazioni dell'AUSL di Parma servita dai Laboratori Aziendali e/o laboratori dell'AOU di Parmacontenimento dei costi della terapia profilattica.	Lettera della Direzione sanitaria ai Laboratori aziendali per la determinazione in tempi rapidi del test HIV nei soggetti "fonte" di infortunio a rischio biologico del personale. LA DETERMINAZIONE ENTRO I TEMPI INDICATI E' GIA' OPERATIVA NEL LABORATORIO DI VAIO. Lettera alla Direzione Sanitaria AOU di Parma per determinazione in tempi rapidi del test HIV su soggetto "fonte". LA LETTERA E' STATA FATTA MA NON ACCORDO CON AOU PARMA

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza		D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Accordo con AOU di Parma per effettuare lo screening sul soggetto fonte in tempi brevi (4/6 ore dall'evento)	Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	No		
Evidenza del Protocollo di intesa aziendale con i laboratori dei P.O. per rispetto tempistiche sopraindicate	Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.8.2.4**	**Formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Corsi di formazione del personale non immunizzato da epatite B, varicella, morbillo per promuovere la cultura delle vaccinazioni.	NEL 2016 LA CARENZA DI COPERTURA VACCINALE NON E' STATA TALE DA GIUSTIFICARE UN CORSO DI FORMAZIONE IN QUANTO LA QUASI TOTALITA' DELLA COPERTURA VACCINALE E' STATA OTTENUTA CON IL COLLOQUIO IN SEDE DI SORVEGLIANZA SANITARIA PERIODICA O STRAORDINARIA. I LAVORATORI SONO STATI ANCHE CONTATTATI TELEFONICAMENTE ED E' STATA FATTA LA VERIFICA DI AVVENUTA VACCINAZIONE SUL SOFTWARE AZIENDALE. DI FATTO LA COPERTURA OTTIMALE E' STATA RAGGIUNTA

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione		D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corso e attestati di partecipazione della popolazione target sopra indicata	Atti ufficio formazione	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.8.2.5**	**Innovazione informatica**			

Descrizione	Rendicontazione
Sviluppo di un sistema di integrazione con Dipartimento di Sanità Pubblica per allargamento al medico competente del sistema di registrazione delle vaccinazioni effettuate sulla popoalzione lavorativa AUSL e implementazione delle informazioni a corredo della scheda vaccinale. Cartella informatizzata per la gestione degli screning tubercolari e da varicella-morbillo.	Sistema informatizzato per inserimento screening TBC e varicella-morbillo, su modello regionale, da software fornito da Regione o AUSL Parma. NOTA 1: SOFTWARE E' STATO APPROVATO DAL GRUPPO DI LAVORO MEDICI COMPETENTI REGIONALI MA NON ANCORA CONSEGNATO ALLA NOSTRA AUSL Corso di formazione per accsso al sistema di visualizzazione e registrazione delle vaccinazioni AUSL Parma (sistema ONIT) per ambulatori medico competente e personale Pronto Soccorso,con attestati di frequenza. FATTO

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica		D.L.vo 81/08 e s.m.i.

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione cartella informatizzata per inserimento screening tubercolari e varicella-morbillo	medico competente RIT,	Sì/No		Sì	No	No		
Evidenza inserimento dati vaccinali ed immunologici da parte del MC emersi a seguto di visite eseguite dopo l'acquisizione credenziali software	medico competente RIT, Igiene Pubblica	Sì/No		Sì	Sì	No		

Settore	7.8.3	**DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:
- Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei
Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;
- Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;
- Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.
- Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.8.3.1**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: - Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa; - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. - Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.	Il Responsabile del SPPA ed i Medici Competenti partecipano attivamente ai coordinamenti regionali ed attuano a livello locale le decisioni assunte. Come indicato dalla Relazione Sanitaria dei Medici Competenti in ottemperanza all'art. 35 del Dlg 81/2008, le vaccinazioni antinfluenzali sono state pari a 350, il 21% dei soggetti dei reparti a rischio, si segnala l'incremento del 69% rispetto all'anno 2015. Sono stati aggiornati il protocollo sanitario per TBC, per gli Ospedali, sulla base del DVR effettuato, ed il protocollo di sorveglianza sanitaria per il DSP. Attuato per il 50% del personale sanitario lo screening immunologico delle malattie infettive trasmissibili per via aerea (morbillo, varicella, rosolia e parotite) ed attuate le vaccinazioni per i soggetti sieronegativi. Resta da programmare il corso formativo per coloro che rifiutano la vaccinazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	Atti Direzione aziendale	% >=		34,00%		21,00%		

Sub-Area	7.9	Politiche degli acquisti e logistica

Settore	7.9.1	Obiettivi 2016

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2015 la Regione ha predisposto il Masterplan 2015-2017 (approvato con Determinazione n. 3617 del 26.03.2015 del Direttore della Direzione Generale e Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, trasmesso alla ns. Azienda con nota prot. PG.2015.0223935 del 07.04.2015), contenente la programmazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale, tenendo conto delle indicazione emerse dalle diverse Aree Vaste. A seguito di tale programmazione AVEN ha provveduto ad aggiornare i propri strumenti di programmazione, evidenziando precisi tempi di esecuzione delle procedure. Le diverse Aziende sanitarie sono chiamate a contribuire allo svolgimento della programmazione regionale e di Area Vasta, partecipando tramite propri dipendenti ai gruppi di lavoro per la formulazione dei progetti e alle Commissioni dai Gara per l'affidamento degli appalti. Le procedure non comprese in tali programmazioni dovranno essere ricomprese in uno strumento programmatorio aziendale, da formulare in coerenza con quelli di livello sovraziendale, specificando tempi e modalità di esecuzione.
Inoltre, nell'ambito del processo di revisione della programmazione delle attività, si evidenzia quanto segue:
1) il 2016 è l'ultimo anno di esecuzione degli interventi previsti nel Piano Triennale 2014 – 2016 per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio, e dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, approvato con delibera n. 354 del 09/06/2014. Tale programmazione evidenzia gli elementi strategici aziendali per il raggiungimento della razionalizzazione delle dotazioni prima indicate, in ottemperanza a quanto previsto dai commi 594 e 595 dell'art. 2 della L. 24-12-2007 N. 244;
2) nel corso del 2015 sono stati sviluppati e realizzati i progetti di dematerializzazione delle fatture passive e di riorganizzazione del processo contabile di fornitura dei servizi, dalla fase di controllo tecnico ed amministrativo delle prestazioni alla fase di liquidazione, con informatizzazione di tutte le fasi. Tali progetti costituiscono la base per razionalizzare i rapporti con i fornitori, diminuendo i dati quantitativi in merito alle fatture da gestire, con benefici in termini di ore di lavoro;
3) con riferimento al complesso ospedaliero di Vaio è vigente un contratto di gestione di centro servizi, di struttura alberghiera, di struttura ricettiva e commerciale – strutture finalizzate anche al supporto dell'attività sanitaria, nell'ambito del contratto di concessione e costruzione dello stesso da parte della Ditta PROSA s.p.a. di Carpi (MO). Tale contratto, che scade nell'anno 2031, deve essere rivalutato nei suoi termini essenziali, al fine di migliorare le condizioni di erogazione dei servizi esternalizzati nell'ambito del complesso ospedaliero di Vaio.

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.1.1**	**PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**			

Descrizione	Rendicontazione
Si dovrà contribuire in modo sostanziale all'esecuzione della Programmazione Regionale per l'acquisizione di Beni e Servizi (da svolgere tramite Intercent-ER ed AVEN), e si dovrà elaborare una apposita programmazione annuale per le procedure residuali, da svolgere a livello aziendale, tenendo comunque conto del "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", approvato con Delibera n. 813 del 04/12/2015 in ambito AVEN e delle nuove disposizioni contenute nella Legge di stabilità per l'anno 2016, approvata dal Governo nel Consiglio dei Ministri del 15/10/2015 e convertita nella LEGGE 28/12/2015, n. 208 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (pubblicata sulla GU n. 302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70). La programmazione aziendale dovrà prevedere specifiche tempistiche per quanto riguarda le seguenti fasi: elaborazione dei documenti progettuali; adozione degli atti di indizione delle gare; aggiudicazione/ affidamento diretto degli appalti; sottoscrizione dei contratti.	L'esecuzione del Programma Regionale per l'acquisizione di beni e servizi è stata svolta regolarmente, con riferimento alle competenze specifiche della nostra Azienda. Nel corso del mese di ottobre è stata effettuata la mappatura completa delle procedure di affidamento dei nuovi contratti: la stessa è stata inviata inviata ad Intercent-ER tramite AVEN. A seguito dell'analisi da parte di Intercent-ER, con Determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna n. 8878 del 06/06/2016 e n. 16723 del 26 ottobre 2016 sono stati approvati dalla Regione Emilia Romagna il MASTERPLAN regionale per l'anno 2016 ed il suo aggiornamento semestrale, contenente la programmazione regionale complessiva delle gare per l'acquisizione di beni e seervizi. Con Delibera n.746 del 28/10/2016, la nostra Azienda ha proceduto ad approvare il Masterplan, relativamente agli interventi di nostra competenza. E' stata comunque approvata una prima programmazione annuale per quanto riguarda l'hardware ed il software, pur in assenza delle indicazioni di cui alle disposizioni della legge n. 208 del 28 dicembre 2015 - Legge di stabilità 2016", non ancora emanate da parte dell'AGID. In tale contesto, è stato dato regolarmente corso alla programmazione AVEN, con risultati più che positivi, come da nota predisposta da AVEN stessa ed agli atti dell'Azienda.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale		Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. procedure effettuate/N. procedure programmate	Registro delibere, Registro determine, Repertorio contratti	% >=	40,00%	80,00%	30,00%	90,00%	75,00%	
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi	Registro delibere aziendali	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.1.2**	**Razionalizzazione delle dotazioni strumentali**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 dovranno essere adottate aziendalmente tutte le misure necessarie per dare completa attuazione alla programmazione triennale (non saranno oggetto di valutazione gli obiettivi per i quali era richiesto l'intervento da parte di terzi e questo non si è verificato per elementi estranei ai Servizi dell'Azienda USL oppure per i quali si sono registrati impedimenti per eventi straordinari imprevisti).	L'attuazione del Piano triennale di razionalizzazione delle dotazioni strumentali è stato svolto regolarmente, relativamente alle operazioni di competenza. Si evidenzia che il sistema di gestione informatico degli automezzi, in accordo con le altre Aziende aderenti ad AVEN, è stato scorporato a livello contrattuale dal contratto assicurativo RC Auto, anche se le specifiche tecniche sono comunque garantite. La gara per l'affidamento della Polizza Assicurative RCA con installazione del dispositivo GPS è stata svolta regolarmente e nei tempi prefissati; laCompagnia aggiudicataria sta fornendo le specifiche tecniche dei GPS che installerà, al fine di procedere nei primi mesi del 2017 alla gara d'appalto per il nuovo sistema di gestione della flotta aziendale. La rendicontazione dell'intero Piano Triennale è già stata predisposta e verrà approvata nei primi mesi del 2017, in concomitanza con l'approvazione dei nuovi strumenti programmatori aziendali (le verifiche annuali, come indicato nel Piano stesso, avvengono nell'ambito del Piano delle Azioni).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale		Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione della Rendicontazione per la verifica dell'attuazione del Piano Triennale 2014 – 2016	Atti Servizio Logistica e Gestione e Monitoraggio dei servizi esternalizzati	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.1.3**	**Dematerializzazione del processo di acquisto di beni e servizi**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 dovranno essere adottate dai Servizi competenti in materia tutte le misure necessarie per diminuire il numero delle fatture concernenti l'acquisizione di beni e servizi, al fine di razionalizzare i rapporti con i fornitori, diminuendo i dati quantitativi in merito alle fatture da gestire, con benefici in termini di ore di lavoro.	Le operazioni sono state svolte regolarmente ed è iniziato il programma di dematerializzazione del ciclo completo passivo, secondo la programmazionje normativa ed aziendale. In concomitanza con tale progetto, è stato pienamente raggiunto l'obiettivo della diminuzione delle fatture passive, che ha permesso una razionalizzazione delle operazioni di gestione delle stesse, in sinergia con gli uffici distrettuali.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
B5	Dematerializzazione ordini beni sanitari e servizi	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Diminuzione rispetto al 2015 del numero delle fatture concernenti l'acquisizione di beni e servizi: (N. fatture passive 2015 - N. fatture passive 2016)/N. fatture passive 2015	Registro fatture passive	% >=	5,00%	10,00%	3,00%	18,00%	60,00%	

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.9.1.4**	**Razionalizzazione gestione servizi non sanitari nel complesso ospedaliero di Vaio**			

Descrizione	Rendicontazione
In considerazione della rilevanza in termini quantitativi dei locali occupati dall'Azienda USL di Parma con riferimento al Sistema di Accoglienza, si ritiene opportuno valutare se sussistono le condizioni giuridiche ed economiche per prevedere la risoluzione completa del contratto, con anticipazione nel subentro della proprietà dei locali, o la risoluzione parziale dello stesso con riferimento alle gestioni dei servizi a supporto dell'attività sanitaria. Le valutazioni dovranno comunque tenere conto delle esigenze complessive in termini di spazio, in ragione della necessità di ampliare alcune attività sanitarie garantite nell'ambito del complesso stesso (in particolare ampliamento del punto di distribuzione farmaci, palesemente inadeguato; nuovi spazi ad uso della NPI).	E' stato sottoscritto in data 04/08/2016 l'accordo in merito alla risoluzione parziale del contratto relativamente alla gestione dei servizi nel Centro di Accoglienza di Vaio da parte dell'Appaltatore, registrato in data 23/08/2016. Tale atto sta permettendo una razionalizzazione complessiva nell'erogazione delle prestazioni, con benefici sia di tipo economico che funzionali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punti 2.1 e 2.4 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione di stima economica e redazione di relazione	Atti Servizio Logistica e Gestione e Monitoraggio dei servizi esternalizzati	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Settore	7.9.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Con la pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 dicembre 2015 è diventata operativa a tutti gli effetti la normativa sui Soggetti Aggregatori, introdotta dal Decreto
Legge n. 66/2014 e s.m.i. E' quindi diventato obbligatorio per le aziende sanitarie approvvigionarsi dai Soggetti Aggregatori per le categorie di beni e servizi previste dal sopracitato DPCM. In
particolare, il DPCM individua 19 categorie merceologiche, che comprendono i principali beni acquistati in ambito sanitario Inoltre la legge di stabilità per il 2016 ha previsto rilevanti novità per gli approvvigionamenti di beni e servizi ICT. In particolare: l'obbligatorietà per tutte le pubbliche amministrazioni di acquisire beni e servizi ricorrendo alle iniziative dei Soggetti Aggregatori, laddove presenti; la definizione da parte dell'Agenzia per l'Italia Digitale del Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione, in cui sono riportate le principali acquisizioni di beni e servizi in ambito ICT; la riduzione entro il 2018 del 50% delle spese in ambito ICT che non vengono effettuate tramite i soggetti aggregatori.
Tali norme comporteranno certamente un aumento dell'attività dei Soggetti Aggregatori nel settore dell'ICT. Diviene quindi sempre più centrale il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale e, quindi, risulta necessario rafforzare il livello di integrazione fra l'Agenzia, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie. Altrettanto importante sarà nel 2016 implementare la collaborazione fra Aziende Sanitarie e Intercent-ER per completare il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti... (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, pag 34)

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.1**	**Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi - Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione
La D.G.R. 1501/2015 “Approvazione dello schema di convenzione per l'assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti” – prevede la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle Aziende Sanitarie nelle attività di centralizzazione degli acquisti gestite a livello regionale da Intercent-ER. L’approccio perseguito è orientato a valorizzare il capitale umano già disponibile presso le Aziende Sanitarie e a generare valore per l’intero sistema regionale degli acquisti attraverso la condivisione di specificità e competenze. Tale modello organizzativo è stato attivato in forma sperimentale nel 2016 e dovrà essere integrato e perfezionato anche alla luce del recepimento delle nuove direttive europee sugli acquisti e del conseguente riordino della disciplina nazionale vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Nel 2016 si procederà quindi al consolidamento e all’evoluzione del modello, con l’obiettivo di operare una piena centralizzazione delle procedure per l’affidamento di servizi e l’acquisizione di beni necessari alle aziende del SSR.	Nel corso dell'anno 2016 la sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercent-ER è avvenuta regolarmente, tenuto conto della programmazione effettuata dall'Agenzia Regionale stessa (aggiornamenti Masterplan approvati con Determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna n. 8878 del 06/06/2016 e n. 16723 del 26 ottobre 2016). La nostra Azienda ha partecipato ai lavori presenti nella programmazione: in particolare si segnala la presenza ai gruppi di lavoro per la predisposizione dei documenti di gara relativi agli appalti per i servizi di pulizia (conclusi nello scorso mese di marzo), ristorazione e lavanolo (entrambi ancora in corso), nonché alla commissione giudicatrice di gara per le pulizie (operazioni ancora in corso).Con Delibera n. 852 del 07/12/2016 è stata data continuità al programma di riorganizzazione degli acquisti, con conferma della partecipazione al programma regionale fino al 31/12/2018.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Approvazione schema di convenzione per la riorganizzazione degli acquisti	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.2**	**Dematerializzazione del processo di ciclo passivo**			

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto. In ottemperanza alla Delibera di Giunta n. 287/2015, con apposita circolare della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stata già comunicata alle Aziende Sanitarie la clausola da inserire nelle procedure di gara al fine di rendere obbligatorio l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto elettronici. A partire dal 30 giugno p.v. le Aziende dovranno, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; le Aziende sono, pertanto, chiamate ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, i propri sistemi, processi e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.	Con nota prot. n. 35713 del 3.05.2016, indirizzata a tutti i fornitori dell'Azienda USL, avente ad oggetto "Utilizzo del Sistema regionale per la dematerializzazione del Ciclo Passivo degli Acquisti - Adozione del formato elettronico per i document del ciclo Acquisti, ordini e documenti di trasporto a partire dal 30 giugno 2016 e disposizioni fatture elettroniche relative a dispositivi medici ai sensi della circolare ministeriale." e con successive comunicazioni trasmesse tramite fax unitamente agli ordinativi di spesa, sono state date indicazioni riguardanti le modalità e le procedure per la dematerializzazione della documentazione del ciclo passivo degli acquisti, fatture, ordini, documenti di trasporto. Adeguata informazione e pubblicità è stata inserita sul sito web aziendale.Il progetto di dematerializzazione del processo di ciclo passivo degli acquisti è stato eseguito regolarmente: entro il 30 giugno 2016 sono stati emessi i primi ordini con le nuove modalità. Sono state svolti tutti gli interventi affinché la procedura sia regolarmente utilizzata anche dagli altri Servizi del Dipartimento, secondo la programmazione regionale ed aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B5	Dematerializzazione ordini beni sanitari e servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento clausola nelle procedure di gara per il documento di trasporto elettronico	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.3**	**Sviluppo dell'e-procurement**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Agenzia Intercent-ER ha completato l'implementazione della nuova piattaforma di e-procurement; oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, il sistema consente anche la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria. Inoltre le nuove Direttive europee in materia di appalti, recepite in Italia con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti), promuovono la progressiva informatizzazione delle procedure di acquisto. In particolare il DLgs 50/2016 prevede l'obbligatorietà a partire dal 18 ottobre 2018 per tutte le pubbliche amministrazioni di utilizzare piattaforme di e-procurement per l'espletamento delle procedure di gara. ...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, pag 36)si prevede che ciascuna Azienda Sanitaria effettui entro la fine dell'anno almeno una procedura digara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale.	Sul nuovo portale Intercent-ER sono state espletate procedure di e-procurement sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale. Per le procedure di gara a rilevanza comunitaria, la piattaforma è stata utilizzata nel mese di dicembre per l'espletamento di n. 1 gara con tale modalità, secondo le indicazioni regionali. Nel corso del 2017 la piattaforma verrà utilizzata per tutte le procedure.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) rispetto al TOT acquisti di beni e servizi	Documento agli atti	% >=		78,00%		78,00%		
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER(in relazione a importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie)	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		99,78%		
Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di eprocurement regionale	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		
Implementazione dell'Ordine Elettronico	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	7.10	Il Piano degli Investimenti

Settore	7.10.1	Gli investimenti strutturali e le attrezzature

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Piano Triennale degli Investimenti 2016 – 2018: il Piano assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali il completamento del nuovo Polo Pediatrico Territoriale, l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, l'ampliamento del Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale presso la Fattoria di Vigheffio e la realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro), sia interventi di adeguamento alle normative in materia di sicurezza antincendio e di vulnerabilità sismica degli edifici soggetti alle normative medesime, che interventi più generali di riqualificazione interna delle strutture territoriali ed ospedaliere, da realizzarsi in relazione alle condizioni delle singole strutture ed in risposta ai bisogni ed alle necessità espresse dalle attività sanitarie che le utilizzano. Rispetto al precedente triennio, sono previsti nuovi interventi dedicati alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo Taro ed al consolidamento statico e miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro, che beneficiano di finanziamenti ex art.20 legge 67/88 nell'ambito dell'Addendum alla IV Fase del Programma Straordinario Investimenti in Sanità. Nell'ambito del 1° e 2° stralcio del medesimo Programma Straordinario, beneficiano di finanziamenti ex art.20 L.67/88 anche il Polo Pediatrico Territoriale e l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, mentre le Case della Salute Lubiana – San Lazzaro e la nuova struttura di Vigheffio beneficiano invece di finanziamenti nell'ambito del Programma Regionale Investimenti in Sanità.

Piano delle Attrezzature: il Piano delle Attrezzature 2016 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali. La programmazione del nuovo triennio comprende un nuovo intervento dedicato all'acquisto delle nuove postazioni di monitoraggio e anestesia per l'Ospedale di Vaio, interamente finanziato con fondi regionali.
Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.10.1.1**	**Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Progettazione interventi previsti dal Piano Aziendale per la realizzazione delle Case della Salute, in raccordo con le esigenze e le attività delle strutture aziendali – L'avvio di tali attività è previsto e programmato compatibilmente al raggiungimenti di specifici accordi con le Amministrazioni Comunali di riferimento e con i Medici di Medicina Generale: 1. Borgo Val di Taro – completamento Progettazione preliminare 2. Fornovo Taro – Progettazione preliminare, definitiva ed avvio procedure di gara 3. Noceto – Completamento Progettazione definitiva e avvio procedure di gara 4. Sorbolo – Mezzani – Completamento Studio di fattibilità 5. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progettazione ed avvio procedure di gara 6. Salsomaggiore Terme – completamento Studio di fattibilità 7. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione e avvio procedure di gara 8. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Progettazione preliminare	1. Borgo Val di Taro – è stato completato lo studio di fattibilità, in quanto gli interventi sono strettamente connessi alle opere di consolidamento strutturale e miglioramento sismico, il cui finanziamento è stato definitivamente attivato alla fine dell'esercizio 2. Fornovo Taro – è stato completato lo studio di fattibilità, in quanto il relativo finanziamento è stato definitivamente attivato alla fine dell'esercizio 3. Noceto – E' stata completata la progettazione definitiva ed esecutiva. Le relative procedure di gara verranno avviate dopo il raggiungimento dell'accordo con i Medici di Medicina Generale 4. Sorbolo – Mezzani – E' stato completato lo Studio di fattibilità 5. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progettazione ed avvio procedure di gara 6. Salsomaggiore Terme – E' stato completato lo Studio di fattibilità 7. Via Verona (PR) – Le attività di progettazione sono state completate. Sono in corso, di concerto con la Direzione del Distretto di Parma, alcune variazioni in relazione alla definizione di alcune scelte di natura sanitaria ed organizzativa 8. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Le attività di progettazione sono in corso, di concerto con la Direzione del Distretto di Parma in relazione alla definizione di alcune scelte di natura sanitaria ed organizzativa

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli inidrizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo		DGR 291/2010

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	2,00	6,00	5,00	5,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.2**	**Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica**			

Descrizione	Rendicontazione
Avvio delle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate nel corso del 2013 per i seguenti edifici: 1. CdS di San Secondo - corpo A (degenze) 2. CdS di San Secondo - corpo B (Servizi Territoriali) 3. Ospedale di Borgotaro – Corpo 5 4. Ospedale di Borgotaro – Corpo storico e corpi 4A e 4B	Sono stati affidati gli incarichi di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate nel corso del 2013 per i seguenti edifici (rispetto alla previsione è stata data la precedenza alle progattazioni dI Ospedale di Borgotaro - corpo 3 e Residenza Psic. 1° Maggio - Colorno in quanto il primo per completare l'intervento a seguito del consolidamento ai carichi verticali, il secondo per sfruttare i già previsti lavori di manutenzione straordinaria al fabbricato): 1. CdS di San Secondo - corpo B (Servizi Territoriali) 2. Ospedale di Borgotaro - Corpo Storico 3. Ospedale di Borgotaro – Corpo 3 4. Residenza Psichiatrica 1° Maggio - Colorno

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20.03.2003

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti di affidamento degli incarichi di progettazione	Numero =	1,00	4,00	4,00	4,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.3**	**Ampliamento Ospedale di Vaio**			

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione dei lavori di realizzazione dell'ampliamento all'Ospedale di Vaio e degli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso.	Nel corso del 2016, I lavori sono proseguiti con regolarità e sono state ultimate le opere di ristrutturazione del Pronto Soccorso. Alla data del 31 dicembre 2016 sono stati contabilizzati lavori per un importo superiore ad € 1.250.000,00 (al netto del ribasso contrattuale ed IVA esclusa)

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Euro >=	250.000,00	1.250.000,00	426.982,14	1.250.000,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.4**	**Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali**			

Descrizione	Rendicontazione
Progettazione interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015: 1. Casa della Salute di Langhirano 2. Casa della Salute Pintor Molinetto 3. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR)	Sono state completate le attività di progettazione degli interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015: 1. Casa della Salute di Langhirano 2. Casa della Salute Pintor Molinetto 3. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR)

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DM 19/03/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F	Numero =	1,00	3,00	3,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.5**	**Piano Investimenti - acquisizioni immobili e attrezzature**			

Descrizione	Rendicontazione
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali: - Interventi che prevedono l'acquisizione di apparecchiature biomedicali - Interventi che prevedono l'acquisizione di immobili L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)	Alla data del 31/12/2016, l'attività svolta in riferimento alla programmazione delle acquisizioni di immobili e attrezzature può essere riepilogata come segue: - acquisizione di apparecchiature biomedicali in linea con il Piano Attrezzature, tenuto conto della necessità di posticipare la programmazione al 2017 di alcune forniture in vista dell'integrazione dei Servizi Ingegneria Clinica, al fine di valutare possibili razionalizzazioni; - acquisizione di immobili: è stata acquisita la proprietà della Casa della Salute Montanara - Vigatto di Via Carmignani e dell'area di Via XXIV Maggio.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	D.Lgs 163/2006

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione: evidenza documentale	Elaborati progettuali	% >=	30,00%	80,00%	30,00%	80,00%	100,00%	
Acquisizione immobili e apparecchiature biomedicali: evidenza documentale	Atti di acquisizione	Sì/No =		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.6**	**Piano Investimenti - progettazione**			

Descrizione	Rendicontazione
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali: - Interventi in corso di progettazione. L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)	L'attività svolta in riferimento alla progettazione dei nuovi interventi può essere riepilogata come segue: - CdS Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progetto Esecutivo e avvio procedure di gara - Ospedale di Borgotaro – corpo storico – Redazione studio di fattibilità per la Casa della Salute ed affidamento dell'incarico per la redazione del Progetto Esecutivo miglioramento sismico, tenuto conto dell'effettiva formalizzazione del finanziamento ex art.20 L.87/88 avvenuta nel mese di novembre 2016. - CdS di Fornovo – Studio di fattibilità, tenuto conto dell'effettiva formalizzazione del finanziamento ex art.20 L.87/88 avvenuta nel mese di novembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare	Elaborati progettuali in atti al SAT	% >=	30,00%	80,00%	30,00%	80,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.7**	**Piano Investimenti - realizzazione**			

Descrizione	Rendicontazione
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali: - Interventi da realizzare (con progettazione approvata) - interventi in corso di realizzazione L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)	L'attività svolta in riferimento alla realizzazione di interventi in corso o con progettazione approvata ha consentito di contabilizzare opere per un importo superiore all'obiettivo di euro 3.850.000,00 (IVA esclusa)

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	1.750.000,00	3.850.000,00	2.387.134,00	3.850.000,00	100,00%	

Settore	7.10.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo. Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico egiuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. ...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.6. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche, pag 43)	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	7.10.2.1	Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L.67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono avviare la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).	Nel 2016 è stata affidata la progettazione strutturale dei miglioramenti sismici da eseguirsi presso l'Ospedale di Borgotaro - Corpo Storico e la Residenza Psichiatrica 1° Maggio di Colorno, il Polo Pediatrico Territoriale – Corpo scale esterno, per i quali è stata inoltre ottenuta l'Autorizzazione Sismica dal Servizio Tecnico di Bacino. E' inoltre stata completata la progettazione esecutiva dei lavori di rifacimento di una porzione di solaio presso l'Ex Ospedale "Ugolino da Neviano" e sono stati realizzati i relativi interventi. Sono state inoltre avviate le attività preliminari alla progettazione degli interventi previsti dall'Accordo di Programma Addendum, che verranno completate nel corso del 2017.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura	Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	% =		100,00%	90,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.10.2.2**	**Piano investimenti - Richieste di liquidazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.	Sono state inviate ai competenti servizi regionali le richieste di liquidazione degli interventi compresi nei programmi di investimento per il periodo 2003 - 2011 con particolare riferimento alla nuova Elisuperficie dell'Ospedale di Borgo Val di Taro ed agli interventi realizzati nell'ambito della prima fase del programma Odontoiatria

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Richieste di liquidazione relativamente ai totale dei lavori già terminati	Verbali e atti contabili	% >=		75,00%		100,00%		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.10.2.3**	**Gestione del Patrimonio immobiliare - Presentazione SCIA**			

Descrizione	Rendicontazione
Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale precipuamente relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono: - la programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015); - il completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie.	Sono state fornite ai Servizi regionali competenti le informazioni necessarie per la costituzione dei fondi per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali da questa Azienda. Si è provveduto alla presentazione della SCIA al competente Comando Prov.le VVF per le strutture sanitarie ambulatoriali con superficie fino a 500 mq e alla presentazione di nuovi esame progetto per le strutture sanitarie ambulatoriali con superfici superiori a 500 mq in forza delle nuove disposizioni legislative In ordine alle verifiche per la vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali, le stesse sono state completate per l'intero complesso ospedaliero di Vaio, che corrisponde per estensione e complessità a circa la metà delle attività in esame, e sono in corso presso le rimanenti strutture aziendali.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione SCIA al competente Comando VVF attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015).	Atti Direzione Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Report per la valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi	Report	Sì/No		Sì	No	Sì		

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.10.2.4**	**Manutenzione**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/ mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Inoltre le Aziende dovranno fornire le informazioni per il perseguimento degli obiettivi previsti nel progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN";	Il costo della manutenzione ordinaria sostenuto risulta inferiore alla media regionale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Scostamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) rispetto alla media regionale	Verbali e atti contabili	% <=		10,00%		10,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.10.2.5**	**Tecnologie biomediche**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo, relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano tecnologie biomediche e software medicaldevice (inclusi quelli utilizzati ai fini di ricerca) aventi i seguenti requisiti: -“grandi” apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, …) oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014; -di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); - innovative (non presenti sul territorio nazionale e regionale); Le Aziende sanitarie devono massimizzare l’utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.	E' stato garantito il flusso informativo relativo al parco tecnologico installato ed alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione al GTRB.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% delle tecnologie, aventi i requisiti in elenco che dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	specifico flusso di riferimento	%		100,00%	80,00%	100,00%		
Trasmissione dei format per il monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici debitamente compilati entro scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
trasmissione secondo scadenza prestabilita del flusso informativo parco tecnologico installato	Documenti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.10.2.6**	**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**			

Descrizione	Rendicontazione
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.	Gli interventi previsti riguardano: - Ospedale di Vaio: ampliamento impianto fotovoltaico, realizzazione impianto di trigenerazione; - Ospedale di San Secondo: impianto fotovoltaico una volta realizzata la nuova copertura Si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali. Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì		Sì		
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile	REPORT in atti al Servizio attività	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area	7.11	Azioni per il risparmio energetico

Settore	7.11.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2016 l'Azienda intende confermare azioni già avviate negli anni precedenti e attivare nuove iniziative, quali la realizzazione di un impianto di trigenerazione e l'installazione di pannelli fotovoltaici, entrambi a servizio del Complesso Ospedaliero di Vaio. Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2016, si darà prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO2), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si proseguirà nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso degli anni precedenti su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, sarà sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006)	

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente
Obiettivo	7.11.1.1	Realizzazione interventi Langhirano			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento degli interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso la Casa della Salute di Langhirano (IMPIANTO FOTOVOLTAICO)	L'impianto è stato installato e completato. La sua concreta attivazione avverrà nell'autunno, in quanto è necessario procedere alla preventiva sostituzione di un interruttore di media tensione nella cabina di trasformazione a servizio della struttura, che attualmente non ne consente la corretta regolazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L3	Consolidamento Politiche per l'efficientamento della gestione energetica aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Certificato Regolare esecuzione in atti alla Direzione Aziedale	Sì/No =	No	Sì	Sì	Sì	0,00%	

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.11.1.2**	**Realizzazione interventi Borgotaro**			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: avvio delle procedure di affidamento degli interventi relativi alla riduzione dei consumi e avvio della progettazione relativa ad interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia	La progettazione preliminare dell'intervento è stata procrastinata in attesa del completamento della progettazione esecutiva delle opere di consolidamento strutturale e miglioramento sismico, avviata solo successivamente all'avvenuta formalizzazione del finanziamento ex art.20 L.67/88. Il valore del raggiungimento finali dell'obiettivo viene indicato con relazione alle sole prestazioni di competenza del Servizio Attività Tecniche

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L3	Consolidamento Politiche per l'efficientamento della gestione energetica aziendale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Procedure di affidamento: Evidenza documentale	Atti di affidamento	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	
Progettazione: Evidenza documentale	Elaborati progettuali	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.11.1.3**	**Realizzazione interventi in Gestione Calore**			

Descrizione	Rendicontazione
Interventi finalizzati al risparmio energetico e previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore - Sostituzione dei serramenti esterni con nuovi elementi con trasmittanza termica conforme a quanto previsto dalle vigenti norme in materia di risparmio energetico presso Il Centro Santi e la Casa della Salute di San Secondo P.se	I lavori sono stati completati

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Certificato di regolare esecuzione	Sì/No =	No	Sì	No	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.11.1.4**	**Iniziative di formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Iniziativa formativa su “Sviluppo sostenibile e cambiamenti climatici” per gli operatori Ausl, su indicazione e promozione della Regione: avvio di una campagna di sensibilizzazione e formazione del personale dipendente a comportamenti virtuosi in materia di risparmio energetico, attraverso diffusione di materiale informativo, applicazione di vetrofanie sulle finestre dei locali climatizzati, corsi di formazione.	A seguito di valutazioni effettuate di concerto con il Servizio Formazione dell'Azienda, ed in considerazione sia del numero di dipendenti da raggiungere, sia della disomogeneità dei turni di lavoro, è in fase di elaborazione una modalità divulgativa alternativa alla formazione in aula, che consenta di sensibilizzare tutto il personale verso le problematiche correlate al risparmio energetico, alla corretta gestione dei rifiuti, al rispetto per l'ambiente e che assicuri l'interazione con le campagne aziendali sull'utilizzo delle scale al posto degli ascensori

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Avvenuto espletamento della formazione	Sì/No =	No	Sì	No	No	100,00%	

Settore	7.11.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Uso razionale dell'energia e gestione ambientale Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.6. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche, pag 44)	

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente
Obiettivo	7.11.2.1	Uso razionale dell'energia e gestione ambientale			

Descrizione	Rendicontazione
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.	L'Energia Elettrica è stata acquistata tramite la centrale di committenza Intercent-Er; si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali. Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.1 - Cure Primarie

1.1.1 - Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute 1
1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie 6
1.1.3 - Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale 8
1.1.4 - Cure Intermedie 12
1.1.5 - Le cure domiciliari 14
1.1.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale 17

1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa 26
1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale 31
1.2.3 - DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 33

1.3 - SALUTE DONNA

1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione 40
1.3.2 - Azioni di integrazione 45
1.3.3 - Spazio Giovani 52
1.3.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale 54

1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.4.1 - Quadro generale 57
1.4.2 - Area Psichiatria Adulti 64
1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza 67
1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche 71
1.4.5 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche 74

1.5 - SANITA' PUBBLICA

1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali 81
1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica 83
1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro 86
1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione 88
1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria 90
1.5.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro 92

SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.6 - GLI SCREENING

1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni 99

1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino 100

1.6.3 - Screening del tumore della mammella 101

1.6.4 - Screening del tumore del colon retto 103

2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera 106

2.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera 108

2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata 119

2.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA 134

3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE

3.1 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria

3.1.1 - Obiettivi generali 136

3.2 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

3.2.1 - Obiettivi generali 139

3.3 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale

3.3.1 - Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori 144

3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva 150

3.5 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere

3.5.1 - Inquadramento generale 151

4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali 154

4.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza 165

5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali 171

SOMMARIO

5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.2 - DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative 175

5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale 177

5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario 181

5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi 186

5.3.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative 188

5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Quadro generale 190

5.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici 199

5.5 - Medicina riabilitativa

5.5.1 - Quadro generale 208

5.6 - PATOLOGIE CRONICHE

5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare 215

5.6.2 - Nutrizione Artificiale 218

5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.7.1 - Area Territoriale 221

5.7.2 - Area Ospedaliera 225

5.7.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica 228

5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

5.8.1 - Quadro generale 231

5.9 - SANITA' PENITENZIARIA

5.9.1 - Quadro generale 235

5.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari 236

5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.10.1 - Quadro Generale 238

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.1 - Azioni di consolidamento 240

SOMMARIO

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale 241

6.2 - Il Sistema Informatico Aziendale

6.2.1 - Obiettivi 2015 243

6.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 245

6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.3.1 - Accreditamento e Qualità 252

6.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione 256

6.4 - GOVERNO CLINICO

6.4.1 - Quadro generale 262

6.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri 269

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale 278

7.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa 286

7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta

7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse 293

7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo 295

7.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il miglioramento del sistema informativo contabile 307

7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici 309

7.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione 316

7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi 318

7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna 323

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni 325

7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale 330

7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni 331

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle risorse umane 334

7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale 338

7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale 342

7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria 347

7.8.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie 352

7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2016 354

7.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi 359

7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature 363

7.10.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche 370

7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale 376

7.11.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare 379