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

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000497

DATA: 30/06/2021 17:03

OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance anno 2020

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

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

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

DESTINATARI:

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

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

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

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000497_2021_delibera_firmata.pdf	Bacchi Romana; Carlini Stefano; Petrini Anna Maria; Rossi Giuseppina	A50F7AA94209422D0C741E13CBF62F00DBCB9766B7461708FA91F19C241EF4C9
DELI0000497_2021_Allegato1.pdf:		AC44B6192505EEB3BF6D1D1A901C04DC3248E65A9CB8D70DD9D090D908522308
DELI0000497_2021_Allegato2.pdf:		CED5950DB7786EC733AF4A18948730E6B0614AB426D3BDA790DEBB60CD73CE1E

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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance anno 2020

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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

RICHIAMATO il Piano delle Performance per il triennio 2018-2020, redatto ai sensi dell'art. 10 D.Lgs. 150 /2009 e sulla base delle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna, adottato con atto deliberativo n. 532 del 26.07.2018;

RILEVATO che, come da indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione, è necessario redigere una Relazione Annuale sull'andamento delle varie tematiche costituenti il Piano;

RICHIAMATA in particolare la nota dell'Organismo Indipendente di Valutazione prot. n. 345450 del 10.05.2017, che individua i contenuti della Relazione, che pertanto deve essere composta da:

- Premessa;
- Executive summary;
- Articolazione della rendicontazione in capitoli, che considerino le varie dimensioni/aree delle Performance;
- Evidenza degli indicatori desunti dal sistema regionale InSIDER e da altre fonti aziendali;

VISTO l'elaborato di relazione predisposto dal Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo, allegato al presente provvedimento e da considerarne parte integrante e sostanziale;

VISTA altresì la relazione sugli obiettivi contenuti nella programmazione regionale e segnatamente la rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 1806 /2020 "Obiettivi della Programmazione sanitaria 2020 – Integrazione DGR 2339/19", da considerare parte integrante della Relazione sulla Performance 2020;

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo;

Delibera

per le motivazioni espresse in premessa:

1. di approvare la relazione sulla Performance relativa all'anno 2020, completa della rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 1806/2020, come da documentazione allegata al presente provvedimento da considerarne parte integrante e sostanziale;

2. di inviare copia della Relazione all'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale;

3. di provvedere alla pubblicazione della documentazione allegata nella sezione "Amministrazione Trasparente " del sito aziendale;

4. di trasmettere copia al Collegio Sindacale, all'Organismo Aziendale di Supporto, a tutte le strutture aziendali e al Responsabile Interaziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

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

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

2021

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

Relazione sulla Performance 2020

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2020, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi.

Delibera n. .

29/06/2021

Sommario

1. Executive summary ... 3

Riordino dell' Assistenza Ospedaliera ... 3

Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio ... 4

Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ... 4

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale ... 5

Attività di prevenzione e promozione della salute ... 6

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero ... 6

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico ... 7

Integrazione socio-sanitaria ... 7

Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari ... 7

Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi ... 8

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti ... 8

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi ... 8

Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano ... 9

Adempimenti nei flussi informativi ... 9

2. Premessa ... 10

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance ... 11

3.1. Dimensione di Performance dell'utente ... 11

3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni ... 11

3.1.2. Area dell'Integrazione ... 14

3.1.3. Area degli Esiti ... 17

3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni ... 18

3.2.1. Area della Produzione ... 18

3.2.2. Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico ... 29

3.2.3. Area dell'Organizzazione ... 32

3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza ... 37

3.3. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo ... 37

3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica ... 38

3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo ... 38

3.4. Dimensione di Performance della sostenibilità ... 39

3.4.1. Area economico-finanziaria ... 40

3.4.2. Area degli investimenti ... 42

4. Conclusioni ... 44

5. Allegati ... 48

1. Executive summary

La Relazione sulla Performance è un documento annuale articolato in due sezioni che contengono gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nell'anno 2020 in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, e l'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato commentati rispetto all'andamento atteso. E' redatto in conformità alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR), in primis con la Delibera n. 3/2016. Allegato, parte integrante del documento, è la rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale, DGR n. 2.339/19 e DGR n. 1.806/20 (capitolo già presente nella relazione allegata al bilancio di esercizio dell'anno 2020).

Il documento si sviluppa in cinque capitoli. Nei primi due (**Executive summary** e **Premessa**) vengono descritti i contenuti ed il senso della Relazione sulla Performance quale strumento di rendicontazione sia interna che esterna verso il sistema degli stakeholders.

Il **terzo capitolo** si sostanzia nella rendicontazione dei risultati raggiunti declinati nell'albero della performance ed articolati secondo le diverse dimensioni ed aree contemplate, mentre nel **quarto capitolo** viene fatta una sintesi dell'andamento complessivo della performance aziendale valutata rispetto all'andamento registrato degli indicatori. Il **quinto capitolo** è infine riferito all'Allegato parte integrante del documento.

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2020 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2018-2020, che verranno poi descritti dettagliatamente nel **Capitolo 3**. Per un maggiore approfondimento è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 2.339/2019 e DGR n. 1.806/2020" (**Capitolo 5**, **Allegato 1**).

Riordino dell' Assistenza Ospedaliera

L'Azienda Usl di Parma, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, ha prodotto il documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma – Azienda USL di Parma", approvato dalla CTSS nella seduta del 12/12/16 (Deliberazione Aziendale n. 1006 del 30/12/16), e avvallato dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna con nota prot. 36927 del 13/06/17. Nel documento sono stati individuati gli ambiti di riduzione dei posti letto, in coerenza alla riduzione prevista dalla DGR 2040/2015, da attribuire all'Azienda USL di Parma, correlandoli:

- al consolidato processo di implementazione di posti letto di cure intermedie da trasformazione di posti letto ospedalieri presso la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto) e nel complesso edilizio ospedaliero e territoriale di Borgo Val di Taro (18 posti letto) in aggiunta ai posti letto attivati presso le strutture socio-sanitarie (CRA) di Colorno (6 posti letto) e di Collecchio (6 posti letto);
- al processo di trasformazione, ormai completato, da day hospital oncologico a day service ambulatoriale oncologico;
- alla riduzione della dotazione di posti letto dell'U.O.S. di Ginecologia-Ostetricia di Borgotaro, per efficientamento della stessa struttura;
- al superamento del punto nascita dell'Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro che è stato reso esecutivo da ottobre 2017.

L'epidemia da SARS-COV-2, sin dall'esordio ha stravolto e fortemente impattato sulla organizzazione dell'Azienda AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, di fatto determinando una forte interdipendenza dei due sistemi con necessità di ridefinizione ed applicazione di obiettivi integrati e congiunti sui diversi ambiti di risposta collegati alla gestione dell'epidemia, in particolare nella seconda e terza ondata epidemica anche a seguito degli indirizzi della DGR 1806/2020, come rappresentato nel Piano Pandemico Provinciale redatto da gruppi di lavoro integrati di professionisti AUSL – AOU.
Per fronteggiare l'andamento epidemico, nella prima fase le due Aziende Sanitarie della provincia hanno sviluppato, coerentemente agli orientamenti della Regione Emilia-Romagna, un piano provinciale per la gestione dei posti letto da dedicare all'emergenza Covid-19, con lo scopo di garantire:

- la gestione armonica e integrata dei posti letto provinciali secondo il modello *Hub e Spoke*,
- qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da Covid-19,

- la gestione del rischio biologico per gli operatori e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (percorsi separati e DPI),
- l'appropriatezza e la corretta allocazione delle risorse (umane, strutturali, tecnologiche e di protezione individuale) che tenga conto dei principi sopraesposti.

La prima fase è stata caratterizzata, dunque, da un necessario adattamento del sistema sanitario per rispondere alla violenza della pandemia con il focus di attenzione sulla organizzazione dei posti letto a livello provinciale.
La sincronizzazione delle cure territoriali ed ospedaliere ha rappresentato la prima scelta strategica. L'Ospedale di Parma ha rapidamente sovvertito la propria organizzazione dipartimentale per realizzare modelli organizzativi ad hoc di risposta alla domanda di degenza ordinaria per acuti dei malati con polmonite da Covid-19.Le terapie intensive, implementate in maniera modulare e flessibile, hanno risposto con un'offerta di cure proporzionata ai bisogni clinico assistenziali più avanzati. La rete ospedaliera pubblica provinciale con gli ospedali di Vaio e Borgotaro e quelli del settore Privato, è stata attivata in successione secondo una progressione appropriata. Al culmine della fase epidemica, 1.200 persone, di cui 60 in terapia intensiva, sono state accolte nella rete ospedaliera provinciale.

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.1**)

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

Rispetto alle Case della Salute, l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 29 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel "*Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11 e successivamente integrato.Le Case della Salute attive al 31/12/19 sono 21, che rappresentano la realizzazione del 73% della programmazione aziendale. L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali e sono stati attivati anche gli ambulatori infermieristici, sia a carattere prestazionale che per la gestione della cronicità.
Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e 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'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.
In particolare è stato implementato un percorso di consulenza geriatrica (Unità Mobile) agito dall'équipe della Lungodegenza Critica di AOU a favore degli ospiti delle CRA (in fase iniziale CRA "I Tigli" di Parma e CRA di Collecchio) che si sviluppa sia attraverso contatti telefonici di consulenza al Medico di Diagnosi e Cura che mediante accessi diretti in struttura. Nei casi critici è prevista la possibilità di accoglienza/ricovero diretto senza accesso al Pronto Soccorso; questa opportunità consente di contenere gli accessi in PS, contribuendo anche a ridurre i ricoveri impropri.

Durante la fase pandemica la risposta territoriale si è sviluppata affiancando agli interventi di contenimento di diffusione del contagio, scelte innovative ed integrate tra territorio ed ospedale volte a dare continuità di cura tra i vari setting assistenziali: domicilio, pronto soccorso, degenza ordinaria per acuti, terapia intensiva e sub intensiva, riabilitazione, cure intermedie, ospitalità alberghiera.
In coerenza con tale orientamento, gli interventi degli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL, di prevenzione e contenimento della diffusione del Covid-19 sul territorio, si sono integrati con quelli dei professionisti delle cure primarie (tra cui il medico di medicina generale e della continuità assistenziale, infermieri delle cure domiciliari, medici di diagnosi e cura delle Case Residenza per Anziani, professionisti delle unità speciali di continuità assistenziale-USCA) e dei COVID Hospital attivi sul territorio (le Unità Mobili Multidisciplinari a partenza dal COVID Hospital collocato al Padiglione Barbieri della Azienda Ospedaliero Universitaria).
L'innovazione organizzativa della Centrale di Coordinamento dell'Emergenza Covid-19 si è rivelata decisiva per integrare gli interventi della rete dei professionisti ospedalieri e territoriali sia a domicilio che nelle Case Residenza Anziani, svolgendo un ruolo fondamentale nel contenere la diffusione della epidemia e portare la qualità possibile della cura nei setting organizzativi appropriati. E' stata di fatto potenziata e qualificata la rete di intervento territoriale, con sviluppo delle competenze delle USCA (es: ecografie a domicilio) e delle attività delle stesse in strutture residenziali e verso l'ambito pediatrico fino al loro utilizzo integrato in ambito vaccinale domiciliare.

(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.2**)

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

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la

chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata).

L'emergenza COVID ha avuto un riflesso importante sull'accesso alle prestazioni di assistenza specialistica in quanto, da Marzo 2020, si è verificata la sospensione dell'erogazione delle prestazioni non urgenti. Questo ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato. Ciò ha determinato un incremento esponenziale delle richieste urgenti per le quali si è provveduto ad un aumento dell'offerta. Il riavvio delle attività a partire da Maggio 2020, sulla base delle indicazioni fornite dalla DGR n. 404/2020, ha visto la necessità di adottare misure organizzative con un impatto significativo rispetto all'offerta di prestazioni su tutto il territorio provinciale (misure di distanziamento, intervalli temporali allungati per l'erogazione delle prestazioni al fine di evitare assembramenti e consentire una adeguata igienizzazione degli ambienti), con conseguente riduzione dell'offerta storicamente garantita. Sono stati attivati anche mezzi alternativi all'attività in presenza, tele e video consulenze, con particolare riferimento a determinate discipline e/o servizi (diabetologia, endocrinologia, allergologia, medicina riabilitativa, centro disturbi cognitivi e demenze). Forte è stato anche il coinvolgimento del privato accreditato per garantire l'accesso alle prestazioni urgenti e per il recupero delle prestazioni sospese, ricollocazione delle prestazioni sospese, anche attraverso la definizione di interventi di carattere straordinario (ad esempio recupero delle attività di prelievo ematico).

Per quanto riguarda le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri, è stato predisposto un piano di adeguamento, inviato in Regione con nota protocollo n. 62136 del 26/09/16, al fine di consentire il raggiungimento degli standard fissati ed il miglioramento delle performance. Il piano si articola in differenti sezioni che interessano le varie fasi del percorso, dall'inserimento in lista d'attesa all'organizzazione dell'attività di sala operatoria (la riorganizzazione delle attività è incentrata soprattutto al rientro dei tempi di attesa per le protesi d'anca). Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate ed il coinvolgimento del Privato Accreditato, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità.
La pandemia da COVID-19 ha fortemente impattato sull'attività di ricovero, ed in particolare sull'attività chirurgica che è stata sospesa con i conseguenti riflessi sulla gestione delle liste di attesa. Per circa 3 mesi gli interventi chirurgici urgenti e per patologia oncologica sono stati garantiti da Azienda Ospedaliero/Universitaria. Il 18/05/20 sono state riavviate le attività secondo quanto disposto dalla DGR n. 404/2020. I comparti operatori sono stati riorganizzati e nello stabilimento di Fidenza-Vaio sono stati dedicati funzionalmente in modo differente, uno per l'attività ordinaria su pazienti "bianchi" e l'altro per gli interventi su pazienti "grigi" (urgenze o ambulatoriali).

(Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso** : obiettivo **1.1.1**)

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Rispetto al percorso nascita, nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 relativa al percorso nascita, ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, utilizzato in tutti i Distretti. E' garantita l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste, nel rispetto degli standard dei tempi di attesa.
La rete per il contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli è stata significativamente sviluppata 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 (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari).
Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " Inclusione Sociale-Budget di Salute". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti.
Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, la raggiunta intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, ha visto ampliare la gamma dei servizi offerti che ha portato ad un miglioramento del sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio.

In questo contesto, il sistema di governance locale dell'epidemia, incentrato sulle Unità di crisi aziendali ed interaziendali AUSL-AOU, ha garantito risposte tempestive modulate in base ai trend epidemiologici e alla pressione sui servizi ospedalieri e territoriali. Si è di fatto gestita la risposta ospedaliera integrata mantenendo l'AOU Covid Hospital e gli stabilimenti dell'AUSL Covid free, attraverso il contributo

professionale di specialisti dell'AUSL (Rianimatori, Internisti, Cardiologi) che hanno operato in reparti Covid dell'AUO durante la fase più critica della terza ondata, nonché nella riconversione di risposta territoriale (Cure intermedie di San Secondo trasformate in struttura Covid) per il trattamento delle dimissioni complesse da reparti Covid.
L'adozione di questi modelli, radicalmente innovativi, è stato possibile grazie ad una cultura professionale ed organizzativo gestionale già presente nel nostro territorio.
Da aprile 2020 si sono ulteriormente sviluppati i percorsi territoriali: l'Azienda Usl ha sottoscritto il 16/03/2020 l'Accordo per l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con attivazione a far tempo da lunedì 30 marzo di 2 USCA nel Distretto di Parma e 2 nel Distretto Sud Est e dal 06/04/20 è stato attivato un ulteriore punto a Parma, 1 nel Distretto Valli Taro e Ceno a Medesano e 2 nel Distretto di Fidenza; dal 03/04/2020 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha attivato 3 Unità Mobili Multidisciplinari (UMMCOVID-19) di consulenza in casa-residenza per anziani (CRA)/Strutture per disabili; dal 27/04/2020 è stata attivata la Centrale di Coordinamento Emergenza Covid (CCEC);

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

Attività di prevenzione e promozione della salute

Prosegue l'attività di presidio degli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione adottato dalla Regione il 29/06/2015 (DGR 771/2015)declinati nelle azioni necessarie al perseguimento degli stessi in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali e viene garantita la progressione nel rispetto della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2019 gli indicatori sentinella hanno evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messe in atto azioni comuni interdipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute.

Nell'anno 2020 la pandemia da Covid-19 ha impattato in modo determinante su tutta l'attività dell'intero Dipartimento di Sanità Pubblica. Il personale, coadiuvato anche da professionisti reclutati all'uopo, è stato impegnato nella gestione della pandemia con conseguente compressione delle prestazioni erogate in particolare quelle ambulatoriali.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha, nel 2020, garantito:

- la gestione della pandemia attraverso l'esecuzione di indagini epidemiologiche e contact tracing, la sorveglianza e verifica delle misure di prevenzione nelle strutture socio assistenziali e scolastiche, il mantenimento dei flussi informativi quotidiani verso enti ed istituzioni interessate nonché la gestione della campagna vaccinale;
- la pianificazione delle attività nel rispetto dei Piani Regionali e Nazionali, come rimodulati a seguito della pandemia;
- l'effettuazione degli audit interni ai servizi soddisfacendo gli obblighi di accreditamento istituzionale;
- le attività di controlli ufficiale secondo quanto previsto dalla DGR 1510/2013 e dalla DGR 200/2013;

Nel Complesso gli obiettivi programmati sono stati raggiunti, sia in termini qualitativi che quantitativi, anche attraverso la sostituzione del personale anche se non completa per tutte le professionalità

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

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

Nel punto nascita di Fidenza continua l'offerta della parto-analgesia farmacologica oltre a quella non farmacologica, precisando che il reparto è anche dotato di vasca per il parto in acqua e che sono attuate tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La procreazione medicalmente assistita viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. Sono stati definiti sia i protocolli di collaborazione tra le Strutture Hub&Spoke, che le modalità di presa in carico della donna nei diversi punti di accesso con le modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la PMA.
Nel 2020 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata complessivamente di **43.622.013,70** registrando una riduzione del 3,67% rispetto al 2019. Nel 2020 la spesa per acquisto di farmaci (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) è stata pari a **€ 55.176.211** con un aumento rispetto all' anno precedente del 14%.

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

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

E' stata ridefinita l'organizzazione aziendale con la creazione di due nuove U.O.C. (Governo Clinico Ospedale-Territorio e Gestione del Rischio e Medicina Legale) incardinate nella Direzione Sanitaria Aziendale e si segnala quanto segue:

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.
- La procedura di gestione eventi avversi è stata diffusa in tutte le sedi aziendali e sia il sistema Incident reporting sia il flusso SIMES vengono popolati
- La adesione alla CL di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali.
- Nella versione rinnovata della procedura per la gestione clinica del farmaco, emessa recentemente, sono stati introdotti i contenuti delle raccomandazioni per la ricognizione e riconciliazione dei farmacia.
- Gli indicatori di attività per la gestione del rischio infettivo non ancora a completo regime mostrano elementi di miglioramento specialmente per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di controllo (SIChER); trend di miglioramento evidente anche per l'indicatore relativo al consumo di gel idroalcoolico.
- A regime il sistema informatizzato per la segnalazione delle infezioni Alert che funziona in costante integrazione con l'omologo sistema di AOSP.

Il Piano Pandemico Provinciale ha definito, attraverso uno stretto e costante monitoraggio dei dati di contagio, le esigenze di pianificazione e modifica delle diverse strutture di entrambe le organizzazioni sanitarie (AOU Parma e AUSL Parma), anticipandone, laddove e fin dove possibile, le capacità e modalità di risposta - o di potenziamento di quanto già disponibile - in termini tangibilmente pratici ed effettivi.

A fronte di una condizione di contagiosità scarsamente definibile riguardo le sue prossime capacità di ulteriore diffusione, è emersa la necessità di raccogliere e analizzare il "tesoro esperienziale" direttamente sperimentato dalle Aziende, in tutte le sue coniugazioni professionali, nelle fasi emergenziali della pandemia; tale necessità ha trovato accoglimento nella redazione, da parte di entrambe le Aziende, del documento di aggiornamento del "Piano-Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio in relazione all'epidemia COVID-19", nel quale non solo è riportato "quello che è successo" ma è stata dedicata anche l'attenzione a "cosa ha funzionato e cosa no", con una visione futura sulle possibili azioni da attuare in caso di nuove fasi della gestione dell'evento pandemico e che costituiscono il preludio alla redazione del Piano Pandemico Provinciale.

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

Integrazione socio-sanitaria

E' stato rafforzato e sviluppato il ruolo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, che svolge, su mandato della CTSS, la funzione di Ufficio di supporto alla medesima ed è composto dai Direttori di Distretto, dai Responsabili degli Uffici di Piano e coordinato dalla Direzione delle Attività Socio Sanitarie Il Gruppo, che si è riunito con cadenza bimestrale, ha affrontato diverse problematiche in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS. In tale ambito, sono stati definiti gli indirizzi nel riparto del F.R.N.A. e nella sua programmazione e verifica.

Il Gruppo Integrazione Socio Sanitaria ha svolto un'importante funzione di supporto ai territori ed alle strutture socio-sanitarie durante il periodo pandemico. L'azione di supporto svolta si è concretizzata nel dare informazioni e supporto in merito alla gestione delle strutture, nel garantire il collegamento con il Dipartimento di Sanità Pubblica, nell'organizzare la distribuzione dei dispositivi di protezione individuali in collaborazione con il Servizio farmaceutico. Il Gruppo Integrazione ha inoltre: a) supportato i territori in merito alla riapertura dei centri diurni (anziani e disabili) come da indicazioni regionali; b) coordinato con gli Enti gestori la di proroga dei contratti per i servizi accreditati; c) coordinato l'attivazione dei gruppi di lavoro aziendale per la stesura della guida ai servizi a favore dei caregiver e per la formazione ai caregiver ed agli operatori dei servizi (DGR 2318/19); d) coordinato l'attivazione della Task Force Aziendale mirata a fronteggiare la situazione pandemica con i servizi residenziali e territoriali.

Nel secondo semestre, è inoltre ripresa l'attività di programmazione dei tavoli dei Piani di Zona, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, che hanno visto la partecipazione dei rappresentanti dell'AUSL.

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

Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari

Il percorso di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi si è ormai completato e l'avvio operativo è avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture

aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza. Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2019 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali.
Con la Delibera di Giunta delle Regione Emilia Romagna nr. 737 n. 749 del 25/06/2020 alle Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma sono stati assegnati gli obiettivi di mandato, nei quali è espressamente indicato che "per le Aziende parmensi assume particolare rilievo la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale".
Nell'ottica di garantire risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, l'interesse delle due Aziende sanitarie si è rivolto verso il rafforzamento dei meccanismi di collaborazione tra i diversi stakeholder, andando a rivedere l'intera catena dei servizi sanitari offerti.
Le evidenze di letteratura – e la pandemia in atto - hanno dimostrato che le forme di integrazione più efficaci sono quelle che coinvolgono più livelli di assistenza (l'assistenza ospedaliera, le cure intermedie e primarie), orientate alla presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.
Le Direzioni di AOU e di AUSL hanno quindi deciso di sviluppare un Progetto di Integrazione, con l'obiettivo di gettare le basi per l'unificazione delle due Aziende.
(Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione:** obiettivo **2.3.1**).

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

Le azioni di sviluppo di cui al presente punto hanno trovato riscontro nella continuità della progettazione e nel passaggio da questa all'implementazione operativa. In questa direzione si collocano anche le azioni di riorganizzazione legate agli obiettivi del periodo di riferimento, definite nei documenti di programmazione regionale, di area vasta e provinciale, oltre che negli obiettivi di mandato della Direzione Generale e nella pianificazione triennale delle attività del Dipartimento informatico unico (AOUL PR, AOU PR e AUSL PC). Il ruolo innovativo dell'ICT si inserisce nel contesto organizzativo, quale importante elemento di supporto al percorso di progressiva razionalizzazione/comunicazione all'interno del sistema sanitario regionale.
La evoluzione della pandemia da SARS-COV-2 ha determinato un effetto molto positivo nella promozione della diffusione del FSE tra la popolazione, per la opportunità di favorire lo scambio di informazioni e la possibilità di effettuare operazioni evitando spostamenti. Complessivamente sono stati attivati 171.995 Fascicoli Sanitari Elettronici che rappresentano una copertura del 38,1% della popolazione provinciale, questi i dati Distrettuali di dettaglio: Parma 92.029 (40,7%), Fidenza 38.634 (37,1%), Valli Taro e Ceno 12.629 (18,4%), Sud-Est 28.703 (37,1%).

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

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

Il Piano Triennale degli Investimenti 2020-2022 assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali 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. Il Piano delle Attrezzature 2020 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali, in continuità con il Piano Biennale 2018-2019, elaborato nel corso dello scorso anno e tenendo conto delle integrazioni in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con riferimento alle attività che alle dotazioni strutturali. Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione.
(Riferimento dimensione di performance **della sostenibilità– area degli investimenti:** obiettivo **4.2.1**).

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Negli ultimi anni si sono raggiunti a livello regionale importanti risultati nel processo di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, con una crescita sostanziale del livello di acquisti centralizzati. Sempre più cruciale è il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER, alla luce della normativa nazionale e dei suoi sviluppi futuri, con

la responsabilità di guidare la pianificazione e il monitoraggio dell'insieme delle iniziative di acquisto in cui è coinvolto il sistema. Obiettivo prioritario è la piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate.
Causa riduzione attività ordinaria di gara nel periodo Covid (per totale riconversione del servizio acquisti di AO e AUSL Parma ad acquisto dpi) si è registrato un rallentamento complessivo nella programmazione che si è verificato anche nel secondo semestre, in corrispondenza delle onerose attività di rendicontazione connesse alle spese sostenute. L'atto di programmazione biennale (aggiornamento masterplan) è stato approvato con atto deliberativo n. 552 del 10/09/2020, la programmazione aziendale 2020, causa ritardi covid, è stata definita con atto deliberativo n. 703 del 22/10/2020.
(Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**)

Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano

Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2020, il piano dei fabbisogni è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione con particolare riferimento alla dirigenza medica. Nel periodo dell'emergenza COVID, in relazione alle crescenti necessità di assunzioni che venivano evidenziate dalle strutture sanitarie direttamente coinvolte, si è data risposta anche attraverso il reclutamento di figure atipiche (co.co.co, liberi professionisti, incarichi gratuiti) e la conseguente gestione economica e previdenziale. E' stato fornito supporto per l'avvio dello smart working "in forma semplificata" come previsto dalla decretazione d'urgenza. Si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale, nonchè del premio governativo previsto dal D.L. 18/2020.
(Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo**: obiettivo **3.2.1, dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1)**

Adempimenti nei flussi informativi

Le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2019 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali, in particolare l'Azienda ha partecipato, con un proprio rappresentante, ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari.
A partire dal 1 gennaio 2020 è in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni. Il sistema, che sostituisce l'estensione del monitoraggio dei LEA aggiornando il Sistema di Garanzia in essere dal 2000, consta di 88 indicatori di cui 22 definiti CORE che concorrono alla valutazione dell'erogazione dei LEA e 66 NON CORE utili soprattutto a livello monitoraggio descrittivo. L'attenzione rivolta dall'Azienda agli indicatori CORE del NSG è testimoniata dagli obiettivi della DGR 977/19 che sono monitorati semestralmente attraverso il Piano delle Azioni Aziendale.
(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione**: obiettivo **2.3.3**)

2. Premessa

Il D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, con lo scopo di ottenere il miglioramento della qualità dei servizi offerti e lo sviluppo delle competenze professionali anche attraverso l’introduzione di strumenti di misurazione e di valutazione della performance organizzativa ed individuale.

La Regione Emilia-Romagna, in applicazione a tale normativa, con la Legge Regionale 26/2013 “Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali” e con DGR 334/2014 “Approvazione della disciplina per l’attivazione ed il funzionamento dell’organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del SSR e per l’ARPA”, ha disciplinato il modello di riferimento in materia di ottimizzazione della produttività, dell’efficienza e della trasparenza.

All’interno del sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione della Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale (Piano della Performance), di programmazione annuale e di controllo strategico (Piano delle Azioni, Budget e Sistema di Reporting) e di rendicontazione verso il sistema degli stakeholders (Relazione della Performance), di seguito la successione logica delle fasi:

Il presente documento, Relazione sulla Performance 2020, è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall’Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nelle Delibere n. 1/2014 “Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance”, n. 2/2015 “Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS” e n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance”; vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2020, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, con l’indicazione dell’evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, rispetto agli andamenti attesi, nelle diverse dimensioni ed aree di performance in cui è strutturato il piano.

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance

Gli impegni strategici su cui si è focalizzata l'Azienda USL di Parma nell'anno 2020, derivati dal Piano della Performance 2018-2020, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma, formalizzati nella DGR 172/15. Vengono qui rendicontate le azioni sviluppate ed i risultati conseguiti nel 2020 e, per un maggiore approfondimento, è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR n. 2.339/2019 e DGR n. 1.806/2020" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione del Piano delle Azioni 2020 (pubblicato sul sito della Amministrazione Trasparente). Gli indicatori relativi alle diverse aree di performance considerate, rappresentati in specifiche tabelle, sono rendicontati e commentati attraverso informazioni tratte dal Sistema Informativo Regionale (InSIDER) e, per gli indicatori aggiunti di particolare rilevanza aziendale, da fonti informative interne all'azienda.

3.1.Dimensione di Performance dell'utente

Rappresenta la performance connessa all'immagine, all'accessibilità ed ai livelli di costumersatisfaction ed è distinta nelle tre aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2020 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 25-26).

3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di **specialistica ambulatoriale** che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata). E' stato impostato un costante monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso strumenti informatici che consentono la valutazione quotidiana dell'andamento complessivo. Ai fini di garantire la piena applicazione della DGR 1056/15, è stata condotta un'ulteriore revisione dell'utilizzo delle strutture, delle tecnologie e dei piani di attività con incremento della capacità produttiva ed il sistema di garanzia è stato potenziato con il coinvolgimento sia delle strutture pubbliche che del privato accreditato.
Le azioni svolte nel 2020 sono state orientate a dare applicazione al Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), siglato con l'intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019, ed al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) adottato dalla Regione Emila-Romagna con Delibera n. 603 del 15 aprile 2019. Con Deliberazione n. 466 del 24 giugno 2019 è stato adottato, d'intesa con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, il "Piano per il Governo delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021", approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 24 giugno 2019, che pone particolare enfasi al percorso di circolarità prescritto-prenotato-erogato al fine di alimentare correttamente i flussi previsti.

Al fine di facilitare la diffusione e l'utilizzo del day service, sono state intraprese azioni di miglioramento per rendere più fruibile il sistema informativo; il day service è ora la modalità organizzativa utilizzata per la gestione dei pazienti oncologici e la somministrazione delle terapie chemioterapiche per i pazienti

precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16). Gli specialisti sono stati sensibilizzati all'applicazione della DGR relativa alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (deburocratizzazione) e la prescrizione diretta da parte degli specialisti è incrementata anche attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata. 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. Per un miglioramento dell'accessibilità è stata posta particolare enfasi allo sviluppo del CUP WEB e, come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) rispetto alla richiesta complessiva regionale.

L'emergenza COVID ha avuto un riflesso importante sull'accesso alle prestazioni di assistenza specialistica in quanto, da Marzo 2020, si è verificata la sospensione dell'erogazione delle prestazioni non urgenti. Questo ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato. Ciò ha determinato un incremento esponenziale delle richieste urgenti per le quali si è provveduto ad un aumento dell'offerta. Il riavvio delle attività a partire da Maggio 2020, sulla base delle indicazioni fornite dalla DGR n. 404/2020, ha visto la necessità di adottare misure organizzative con un impatto significativo rispetto all'offerta di prestazioni su tutto il territorio provinciale (misure di distanziamento, intervalli temporali allungati per l'erogazione delle prestazioni al fine di evitare assembramenti e consentire una adeguata igienizzazione degli ambienti), con conseguente riduzione dell'offerta storicamente garantita. Sono stati attivati anche mezzi alternativi all'attività in presenza, tele e video consulenze, con particolare riferimento a determinate discipline e/o servizi (diabetologia, endocrinologia, allergologia, medicina riabilitativa, centro disturbi cognitivi e demenze). Forte è stato anche il coinvolgimento del privato accreditato per garantire l'accesso alle prestazioni urgenti e per il recupero delle prestazioni sospese, ricollocazione delle prestazioni sospese, anche attraverso la definizione di interventi di carattere straordinario (ad esempio recupero delle attività di prelievo ematico).

Per quanto riguarda **le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri**, con Deliberazione n. 466 del 24 giugno 2019 è stato adottato, d'intesa con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, il "Piano per il Governo delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021", approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 24 giugno 2019. Sono state messe in atto azioni di controllo e pulizia delle liste di attesa e di monitoraggio dei tempi per specialità e classe di priorità ed in particolare si è garantito il rispetto dei tempi di attesa per i tumori. Rispetto ai casi inseriti in lista prima del 31/12/2017 la percentuale di pazienti cancellati o ricoverati è notevolmente aumentata ed, in linea con le indicazioni regionali, la lista è stata esaurita al 31/12/2019. Si è completato il processo di omogeneizzazione, tra gli ospedali aziendali, delle procedure che riguardano le funzioni di pre-ricovero, per favorire l'interscambiabilità tra le sedi migliorando i tempi di attesa. Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate ed il coinvolgimento del Privato Accreditato, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità. Il Presidio Ospedaliero Aziendale ha inoltre collaborato con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, contribuendo alla loro riduzione delle liste di attesa, attraverso i seguenti protocolli: "Protocollo per l'esecuzione di interventi di colecistectomia in video laparoscopia e interventi per ernia inguinale presso l'Ospedale di Borgotaro" e Protocollo per l'esecuzione di interventi di urologia presso l'Ospedale di Fidenza finalizzato a ridurre i tempi d'attesa dei pazienti inseriti in lista d'attesa presso l'Urologia di Parma".
La pandemia da COVID-19 ha fortemente impattato sull'attività di ricovero, ed in particolare sull'attività chirurgica che è stata sospesa con i conseguenti riflessi sulla gestione delle liste di attesa. Per circa 3 mesi gli interventi chirurgici urgenti e per patologia oncologica sono stati garantiti da Azienda Ospedaliero/Universitaria. Il 18/05/20 sono state riavviate le attività secondo quanto disposto dalla DGR n.

404/2020. I comparti operatori sono stati riorganizzati e nello stabilimento di Fidenza-Vaio sono stati dedicati funzionalmente in modo differente, uno per l'attività ordinaria su pazienti "bianchi" e l'altro per gli interventi su pazienti "grigi" (urgenze o ambulatoriali).

Nell'ambito del **percorso nascita** sono state introdotte sia azioni dirette che procedure e istruzioni operative per la gestione di gravide, partorienti e neonati relativi al superamento del punto nascita di Borgo Val di Taro. In particolare sono stati implementati tutti i percorsi di presa in carico delle gravide fino al momento del parto ed è stata monitorata l'attivazione delle procedure per il trasporto presso il punto nascita di riferimento. Sono in corso analisi dettagliate del dato della % dei cesarei espletati presso il punto nascita di Fidenza, al fine di introdurre correttivi adeguati. Le azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita presso il Distretto Valli Taro e Ceno hanno evidenziato la corretta gestione delle gravidanze afferenti al distretto e non si sono evidenziate problematiche particolari riferite al parto o al peripartum.

A causa del contesto emergenziale determinato dalla pandemia da SARS-COV-2, sono state rimodulate tutte le attività consultoriali garantendo nel contempo una continuità assistenziale. Sono state garantite tutte le prestazioni urgenti e tutte le attività inerenti il percorso nascita. Nei mesi di maggio, giugno, ottobre, novembre e dicembre 2020 è stato organizzato un ambulatorio COVID per l'esecuzione di prestazioni non differibili rivolto alle gravide risultate positive. Sono state ricercate soluzioni alternative "on line" per dare continuità ai percorsi di preparazione alla nascita e per il rilascio di certificati per le gravidanze. Garantite anche le consulenze telefoniche, le certificazioni per le IVG e la consulenza psicologica.

La **procreazione medicalmente assistita** viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. La scelta assunta consensualmente dalle due Aziende Provinciali ha permesso di potenziare la Struttura Hub e di attribuire al punto di erogazione della PMA di Vaio un ruolo di primo accesso e di presa in carico in continuità assistenziale della donna, concentrando le attività di livello superiore ed il laboratorio, presso l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma. Sono stati definiti sia i protocolli di collaborazione tra le Strutture Hub&Spoke, che le modalità di presa in carico della donna nei diversi punti di accesso con le modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la PMA. L'attività è stata interrotta nel 1° semestre 2020, ripresa poi secondo quanto disposto dalla DGR n. 404/2020.

Gli indicatori relativi all'Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - NSG	137,43	139,86	110,51	Riduzione	118,27
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	89,54	95,15	86,58	Mantenimento	76,7
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	96,3	97,7	96,88	Mantenimento	95,6
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	8,01	6,53	9,69	Mantenimento	7,27
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	15	18	Mantenimento	18
% abbandoni dal Pronto Soccorso	1,95	2,26	3,91	Mantenimento	1,94

% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	62,92	66,87	64,99	Mantenimento	69
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	71,63	68,98	65,55	Mantenimento	73,99
Tasso std di accessi in PS	313,36	311,29	270,92	Mantenimento	209,59
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	93,73	90,13	84,98	Aumento	95
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	96,61	91,18	86,58	Aumento	91,84
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	90,54	80,28	81,02	Aumento	82,61

Si può osservare una performance molto buona per tutti gli indicatori selezionati, con un'unica flessione registrata nei tempi di attesa per le visite specialistiche. Su questo ha sicuramente impattato l'effetto della pandemia, con la sospensione delle attività in una prima fase ed il successivo riavvio con l'allungamento dell'intervallo tra una visita e l'altra, per consentire i processi di igienizzazione ed evitare gli assembramenti. Alcune croniche criticità si sono riscontrate anche nel 2020 relativamente alle visite oculistiche e dermatologiche (determinate dal perdurare di una situazione di carenza di specialisti in queste discipline, anche nel privato accreditato, che hanno reso difficoltosa la possibilità di effettuare sostituzioni dei periodi di ferie/malattie). Le situazioni sono comunque presidiate sia a livello centrale, attraverso un sistema di monitoraggio puntuale quotidiano, sia di committenza distrettuale e sono state impostate le azioni correttive utili a recuperare gli indici di performance. Anche per quanto riguarda gli indicatori relativi ai tempi di attesa dei ricoveri, pur risentendo delle diverse fasi determinate dal contrasto alla pandemia, si registrano degli ottimi risultati, ed il trend è molto positivo in tutte le aree considerate, nell'area dei tumori soprattutto, frutto delle azioni messe in campo di carattere sia clinico che organizzativo. Molto buoni anche i risultati relativi all'area del Pronto Soccorso, in cui il sistema sanitario provinciale di Parma, in termini di tasso standardizzato di accesso, raggiunge i migliori risultati regionali, ed anche per quanto riguarda la percentuale di abbandoni e la processazione delle visite rispetto ai codici colore giallo e verde.

3.1.2. Area dell'Integrazione

Rispetto al **percorso nascita,** nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 con particolare riferimento alla gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, agito in tutti i Distretti. E' garantita l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste, nel rispetto dei tempi di attesa.
A causa del contesto emergenziale determinato dalla pandemia da SARS-COV-2, sono state rimodulate tutte le attività consultoriali garantendo nel contempo una continuità assistenziale. Sono state garantite

tutte le prestazioni urgenti e tutte le attività inerenti il percorso nascita. Nei mesi di maggio, giugno, ottobre, novembre e dicembre 2020 è stato organizzato un ambulatorio COVID per l'esecuzione di prestazioni non differibili rivolto alle gravide risultate positive. Sono state ricercate soluzioni alternative "on line" per dare continuità ai percorsi di preparazione alla nascita e per il rilascio di certificati per le gravidanze. Garantite anche le consulenze telefoniche, le certificazioni per le IVG e la consulenza psicologica.

La rete per il **contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli** è stata significativamente sviluppata 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 (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari). Presso il consultorio familiare ubicato presso la Casa della Salute "Parma Centro" è operativo il "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza", finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere ed intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere. Causa emergenza COVID le attività formative si sono svolte on line, in modalità videoconferenza, ed hanno coinvolto personale scolastico, personale socio-sanitario territoriale e degli ospedali. Nel corso del 2020 si è registrato un aumento degli accessi e dei contatti al centro, anche grazie alla diffusione/informazione a mezzo mass-media (interviste, quotidiani, ecc.).

Il DAI SM-DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " **Inclusione Sociale-Budget di Salute**". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. E' stato avviato, e sta proseguendo, un progetto nazionale di implementazione del "**modello budget di salute**", in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità. Sono proseguite le attivita' inerenti alla prossima chiusura della REMS di Casale di Mezzani, con proposta di riconversione della struttura per giovani adulti. Il DAI-SMDP ha attivamente partecipato alla stesura del Protocollo tra Regione Emilia Romagna, Magistrature di Sorveglianza e Cognizione, UEPE. Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari è stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura.Esito dell'attività' di cruscotto è la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative. In tutti i CSM sono attivi gli ambulatori infermieristici per la prevenzione della sindrome dismetabolica e la promozione dei corretti stili di vita. Per fronteggiare l'emergenza COVID il DAI SM-DP ha riconvertito numerose attività: PRP Fidenza in reparto COVID, lo SPOI Parma in area grigia a servizio e consulenza del COVID Hospital. Per il sostegno psicologico e psichiatrico dei cittadini e degli operatori, sono stati allestiti presso le sedi di Parma, Fidenza e Borgo Val di Taro, ambulatori specifici.

L'Ausl di Parma partecipa alla formazione per l'utilizzo dell'Approccio Dialogico (Open Dialogue) nell'ambito del Progetto Adolescenza con l'obiettivo di migliorare la capacità di intervento integrato con gli adolescenti. La Casa della Salute per il Bambino e Adolescente, nella quale sono stati collocati tutti i servizi per gli adolescenti (Spazio Giovani, Centro Adolescenza della Npia) funziona con regolarità e sono stati revisionati i percorsi di accesso. Continua l'attività della RTI-Minori di San Polo di Torrile ed è in atto la riconversione di una Struttura per accogliere minori con provvedimenti giudiziari, secondo lo specifico progetto regionale.

Per quanto riguarda **l'assistenza farmaceutica**, è stata raggiunta un' intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la

Distribuzione per Conto, che ha contribuito a migliorare il sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio, ed è iniziato il percorso per la realizzazione della farmacia dei servizi. L'andamento 2020 si è rivelato in linea con gli obiettivi assegnati all'Azienda.
Il Gruppo **Integrazione Socio Sanitaria** ha svolto un'importante funzione di supporto ai territori ed alle strutture socio-sanitarie durante il periodo pandemico. Sono stati svolti 13 incontri in videoconferenza a cui hanno partecipato, oltre ai Direttori di Distretto ed ai Responsabili degli Uffici di Piano, i responsabili dei SAA e i rappresentanti degli Enti Gestori. L'azione di supporto svolta si è concretizzata nel dare informazioni e supporto in merito alla gestione delle strutture, nel garantire il collegamento con il Dipartimento di Sanità Pubblica, nell'organizzare la distribuzione dei dispositivi di protezione individuali in collaborazione con il Servizio farmaceutico. Il Gruppo Integrazione ha inoltre: a) supportato i territori in merito alla riapertura dei centri diurni (anziani e disabili) come da indicazioni regionali; b) coordinato con gli Enti gestori la di proroga dei contratti per i servizi accreditati; c) coordinato l'attivazione dei gruppi di lavoro aziendale per la stesura della guida ai servizi a favore dei caregiver e per la formazione ai caregiver ed agli operatori dei servizi (DGR 2318/19); d) coordinato l'attivazione della Task Force Aziendale mirata a fronteggiare la situazione pandemica con i servizi residenziali e territoriali.
Nel secondo semestre, è inoltre ripresa l'attività di programmazione dei tavoli dei Piani di Zona, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, che hanno visto la partecipazione dei rappresentanti dell'AUSL.
A seguito all'approvazione della DGR 1746 del 30/11/2020 "Fondo regionale per la non autosufficienza – Programma 2020", la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria con decisione n. 5 del 23/12/2020 ha approvato il riparto del FRNA per l'anno 2020. Come riportato nella stessa decisione della CTSS, nessuna comunicazione è invece pervenuta dalla Regione per l'anno 2020 in merito al FNA (incluse le risorse della "Vita Indipendente") e della L. 112/2016 (cosiddetta "Dopo di Noi").

Gli indicatori relativi all'Area dell'Integrazione hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	359,29	375,24	266,84	Mantenimento	228,3
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	172,81	207,16	50,58	Riduzione	78,51
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,34	3,78	4,02	Aumento	3,75
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	5,42	7,1	9,51	Riduzione	3,23
% IVG medica sul totale IVG	32,14	30,71	47,06	Aumento	36,8
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	21,93	42,02	19,12	Riduzione	15,38
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	21,05	19,63	24,62	Mantenimento	19,5
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	157,47	157,62	182,65	Aumento	157,94

La performance raggiunta è complessivamente buona (molto positivo il tasso di ospedalizzazione per TSO). Rispetto agli indicatori relativi all'assistenza domiciliare sono state intraprese azioni di miglioramento in merito soprattutto alla qualità della registrazione ed alla implementazione della registrazione degli accessi degli operatori dell'area sociosanitaria. Rimane critico il risultato relativo al tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite, anche se in riduzione rispetto agli anni precedenti, mentre sempre molto buono è il tasso di ospedalizzazione per BPCO e scompenso cardiaco. Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area consultoriale della salute donna si osserva un incremento delle IVG mediche, ed un ottimo risultato rispetto alle attese oltre le due settimane per le IVG chirurgiche. Nelle cure intermedie si osserva un buon risultato nei re-ricoveri in ospedale post dimissione dall'OSCO, a dimostrazione di un buon sistema di governo della rete provinciale.

3.1.3. Area degli Esiti

Questa area è di particolare importanza, in quanto tutte le azioni dell'Azienda sono finalizzate al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento, e, quindi, al buon esito delle cure e dei trattamenti. Le azioni relative all'Area degli Esiti, in cui si enfatizza l'orientamento all'utente esterno negli esiti di salute, sono di fatto trasversali e riguardano obiettivi presenti nelle diverse aree di performance, alle quali si rimanda per la rendicontazione puntuale, e gli indicatori relativi alla suddetta Area hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	9,8	13,43	8,74	Riduzione	6,49
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	3,13	3,13	48,72	Aumento	5,56
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	15,6	9,79	12,57	Riduzione	25
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	6,49	14,01	10,86	Riduzione	9,35
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	12,23	10	13,44	Riduzione	11,86
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	76,54	73,5	82,8	Aumento	79,28
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,28	75,27	65,62	Aumento	66,19
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	92,99	Attività concentrata in centro Hub	0
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,7	9,62	5,01	Riduzione	7,41
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	0,9	4,72	3,89	Riduzione	3,16
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14,74	15,58	16,25	Mantenimento	16,41
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,13	0,77	1,04	Mantenimento	0,89
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,5	0,68	1,31	Riduzione	0,55
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	72,25	67,02	74,21	Aumento	78,57
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	1	2	2	Mantenimento	2

Si tratta di indicatori non aggiustati quindi di difficile confronto e riferiti, per lo più, ad attività non direttamente riconducibile a strutture di diretta gestione dell'Azienda USL di Parma (ad esempio pazienti trattati con PTCA entro 2 giorni è fortemente dipendente dal percorso in essere con il reparto di cardiologia interventistica di AOU di Parma e tutta l'area della chirurgia della mammella, anche a seguito della implementazione della Breast Unit, è stata concentrata nel centro Hub di AOU di Parma). Si può osservare, comunque, un trend di miglioramento, in coerenza con i risultati attesi, rispetto a quegli indicatori strettamente connessi con le azioni messe in campo per la presa in carico delle patologie croniche nelle Case della Salute, in cui son in essere i percorsi di gestione integrata (es. scompenso, diabete, lettura integrata carta del rischio cardiovascolare, ecc.).

3.2.Dimensione di Performance dei Processi Interni

Rappresenta la performance connessa all'attività, alla qualità, alla ricerca ed all'innovazione clinica ed organizzativa, è distinta nelle quattro aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2020 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 26-28).

3.2.1. Area della Produzione

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione Ospedaliera** l'Azienda Usl di Parma, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, ha prodotto il documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma – Azienda USL di Parma", approvato dalla CTSS nella seduta del 12/12/16 (Deliberazione Aziendale n. 1006 del 30/12/16). Nel documento sono stati individuati gli ambiti di riduzione dei posti letto da attribuire all'Azienda USL di Parma, correlandoli:

- Al processo di trasformazione attuato da day hospital oncologico a day service ambulatoriale oncologico;
- Alla riduzione della dotazione di posti letto dell'U.O.S. di Ginecologia-Ostetricia di Borgotaro, per efficientamento della stessa struttura;
- Alla trasformazione di ulteriori due posti letto da lungodegenza a lungoassistenza territoriale nel complesso edilizio ospedaliero e territoriale di Borgo Val di Taro.

La rete ospedaliera provinciale ha risposto in modo positivo alle necessità di riconversione di attività nei setting erogativi più appropriati e sono stati definiti criteri omogenei per incrementare le tipologie di interventi chirurgici trasferibili dai regimi di ricovero ordinario e diurno ai regimi ambulatoriali. Il sistema dei Cruscotti Provinciali dei ricoveri in acuzie (ricoveri diretti da PS agli Ospedali privati accreditati) sono stati mantenuti ed aggiornati incrementando i volumi con posti letto appositamente dedicati nei periodi a maggiore pressione (novembre-dicembre e gennaio-marzo); inoltre, nei periodi con picchi di richieste sono state anche messe in campo azioni per aumentare il "filtro" da parte dei Medici di Medicina Generale.

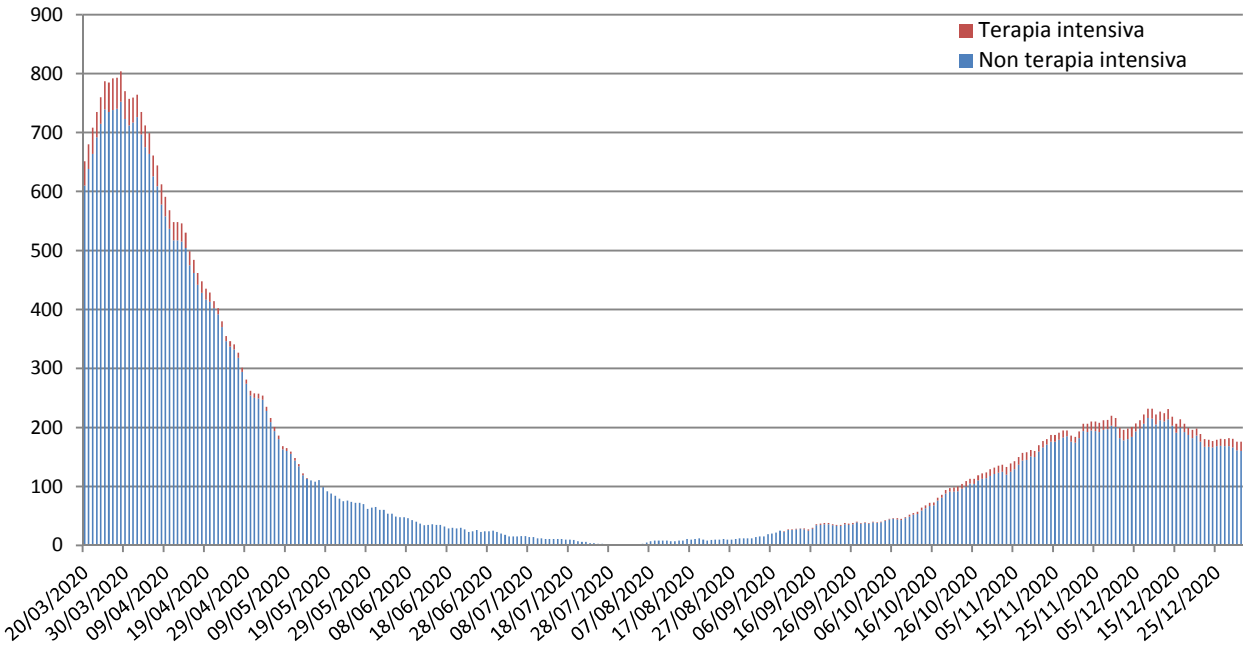
Produzione provinciale per regime ricovero, anni 2019-2020

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

I dati di attività, consumo e produzione, fanno risaltare una condizione di equilibrio territoriale tra domanda e offerta di ricoveri ospedalieri: l'Azienda Ospedaliero Universitaria provinciale svolge un ruolo di *hub* pivotale, la struttura Ospedaliera dell'AUSL di Parma è, con i propri presidi, di sicuro riferimento per il proprio territorio e a completare l'offerta vi sono le strutture private accreditate al SSN.

L'evolversi della pandemia da SARS-COV-2 è stato determinante sulla produzione ospedaliera provinciale, infatti il sistema ospedaliero ha assorbito l'impatto devastante della prima ondata ed è stata la prima risposta al bisogno di assistenza in uno scenario completamente nuovo ed inaspettato.

Andamento dei ricoveri Covid-19 in provincia di Parma, anno 2020



I ricoveri per Covid-19 nel sistema provinciale, che comprende tutti gli ospedali pubblici e privati che hanno contribuito alla gestione dell'emergenza pandemica, conobbero il loro massimo nel mese di marzo per poi scendere nei mesi estivi e risalire nei mesi finali dell'anno. I ricoveri in terapia intensiva hanno seguito l'andamento dei ricoveri complessivi azzerandosi nei mesi in cui la pandemia ha colpito in misura lieve.

Gli indicatori relativi all'Area della Produzione Ospedaliera hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,57	0,66	0	Riduzione	0,69
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,77	0,79	0	Riduzione	0,82
Degenza media pre-operatoria	0,9	0,86	0,68	Riduzione	1,02
Volume di accessi in PS	41.634	41.643	1.317.810	Mantenimento	25.896
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	15.913	16.122	306.179	Mantenimento	13.165
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	11.209	10.702	197.577	Mantenimento	9.030
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	1.681	1.723	28.996	Riduzione	1.231
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	7.262	6.968	63.626	Mantenimento	5.958
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,4	4,28	5,12	Mantenimento	5,36

In quest'area sono evidenti alcune criticità che sono oggetto già state oggetto di importanti azioni di miglioramento messe in campo a seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale e della conseguente ridefinizione degli assetti dipartimentali. Per perseguire i risultati con maggior successo, durante le negoziazioni di budget con le articolazioni del Presidio Ospedaliero, gli indicatori del piano della performance sono stati oggetto di discussione; anche nei contratti di fornitura con il privato accredito sono stati inseriti richiami specifici per il miglioramento degli indici di performance. Sulla degenza media pre-operatoria hanno sicuramente impattato le azioni necessarie a garantire gli standard di qualità in adempimento alla DGR n. 404/20 (Riavvio attività sanitarie) e sulla percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni, in netto peggioramento, gli effetti sulla rete ospedaliera conseguenti alla diffusione della pandemia da SARS-CoV-2. Buone performance si osservano per gli indicatori osservazionali, soprattutto per la riduzione dei volumi di ricoveri in DH, sia medici che chirurgici.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione Territoriale**, le azioni messe in campo hanno riguardato diversi ambiti. **Case della Salute**: l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 30 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel "*Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11 e successivamente integrato. Nel 2020 è stata attivata, nel mese di luglio, la Casa della Salute di Noceto. Le Case della Salute attive al 31/12/20 sono 22, che rappresentano la realizzazione del 73% della programmazione aziendale.
In particolare L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali: Il PDTA del diabete (Gestione Integrata) è attivo in tutte le Case della Salute medie e grandi, il PDTA dello scompenso è attivo in 7 Case della Salute medie e grandi, il PDTA della BPCO (in attesa della formalizzazione del PDTA Regionale) è attivo in una Casa della Salute grande. Anche il Programma Leggieri è attivo in tutte le Case della Salute e sono state predisposte le azioni per l'attivazione del Progetto volto alla realizzazione dell'équipe di accoglienza presso le Case della Salute. Sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento nelle Case della Salute, in particolare il Referenti Clinici (MMG), i Responsabili Organizzativi ed i board organizzativo-gestionali che operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e dei Dipartimenti Cure Primarie.

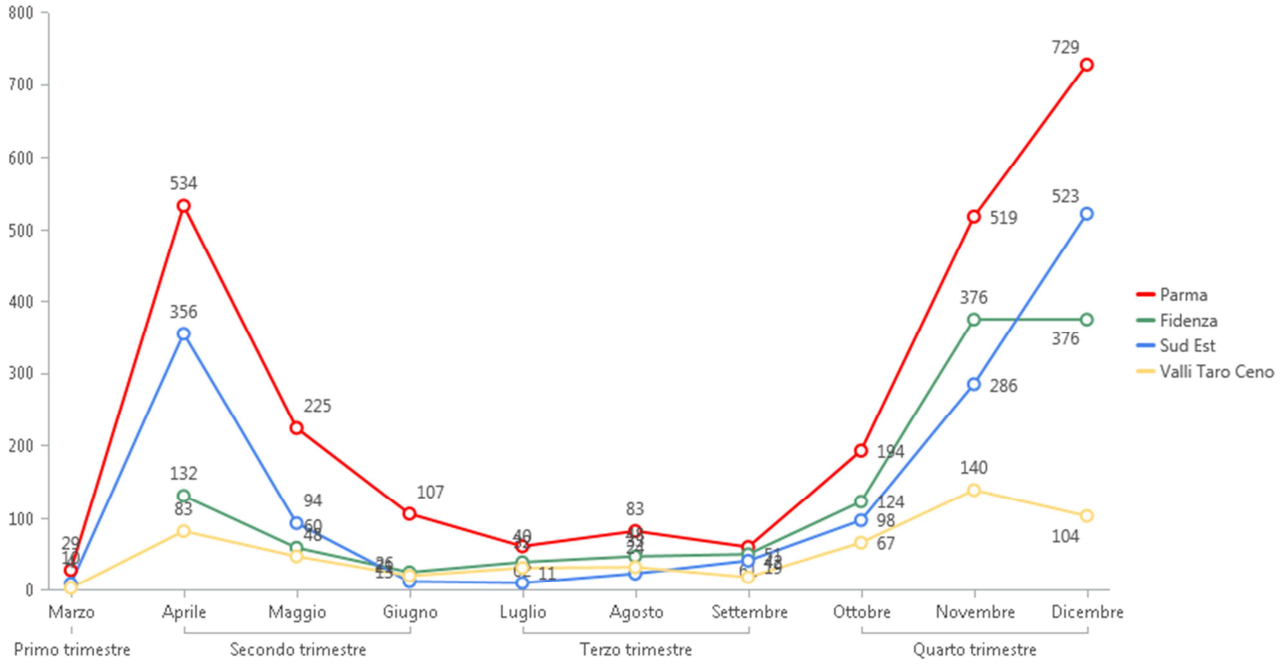
Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le case della Salute e particolarmente strutturati nelle Case della Salute a medio-alta complessità. Con nota protocollo n. 5941 del 28/01/19 la Direzione Sanitaria ha formalizzato il documento "Ambulatori Infermieristici della Cronicità") che definisce tempi e modalità organizzative per l'attivazione ed il miglioramento degli ambulatori infermieristici della cronicità a garanzia di un omogeneo sviluppo a livello aziendale.
A causa dell'emergenza COVID gli interventi per il coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute dei quattro Distretti Aziendali (progetto Stanford nel Distretto di Fidenza, Ambulatorio educazionale pazienti diabetici Distretto di Parma, Incontri con gruppi di assistiti a seguito esiti ACIC e PACIC nel Sud Est, Progetto Fragilità nel Distretto Valli Taro e Ceno) sono stati interrotti.

Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA): Previste all'art. 8 del DL n. 14 del 09/03/20 e da specifiche Linee di Indirizzo della Regione Emilia-Romagna (PG/2020/225400 del 17/03/20), sono frutto di un Accordo dell'Azienda USL di Parma con le Rappresentanze Sindacali dei Medici di Medicina Generale definito all'interno di una Cabina di Regia composta da professionisti aziendali, da rappresentanti delle organizzazioni di categoria dei medici di assistenza primaria e da rappresentanti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma, al fine di assicurare il coinvolgimento e l'apporto dei diversi ambiti di competenza. Le USCA attivate hanno coinvolto 34 Medici (5 MCA e 28 Medici Abilitati) adeguatamente formati sia sulle problematiche clinico-assistenziali che sull'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale affinché potessero lavorare in assoluta sicurezza, sono operative tutti i giorni (7/7) con orario dalle 8 alle 20.
Le sedi individuate, rispetto ai bacini ritenuti adeguati, per popolazione e tipologia territoriale sono stati:

- Distretto di Parma attive dal 30/03 USCA *Parma Covid Lubiana* e *Parma Covid Montanara. Parma Covid Lubiana* è costituita da 2 unità, di cui una che agisce nella zona della bassa est. Dal 1 luglio è attiva solo l'USCA *Parma Covid Lubiana*, sempre costituita da 3 equipe. Dal 1 dicembre sono attive 4 equipe.
- Distretto di Fidenza attive dal 08/04 Fidenza 1 Covid-19 e dal 10/04 Fidenza 2 Covid-19. Dal 1 Luglio è attiva USCA Fidenza Covid 19, che sostituisce le due precedentemente attivate. Dal 1 Dicembre sono attive 2 USCA. Distretto Sud-Est attiva dal 30/03 Langhirano USCA, costituita da 2 equipe fino al 03/05; dal 04/05 è funzionante una sola USCA; attualmente attive due unità con turni rispettivamente 8-14 e 8-20 Distretto Valli Taro-Ceno attiva dal 06/04 USCA Bassa Valle.

La finalità delle USCA è stata quella di assicurare il regolare svolgimento dell'attività ordinaria di MMG, PLS, MCA e garantire la diagnosi, la presa in carico ed il monitoraggio domiciliare, ma anche nelle Case Residenza Anziani, dei pazienti affetti da Covid-19.

Andamento dell'attività USCA dal 30/03/2020 al 31/12/2020



Cure Intermedie, Cure Palliative e Cure Domiciliari: funzionano a pieno regime i 30 posti letto c/o la Casa della Salute di San Secondo ed i 18 posti letto attivati c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro; parimente si stanno sviluppando i posti letto di Cure Intermedie nelle Strutture Socio-Sanitarie a supporto delle dimissioni difficili e dell'ADI (6 posti letto attivi c/o la CRA di Colorno e 6 c/o la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano. In tutti i contesti viene regolarmente implementato il flusso SIRCO.
In adempimento alla DGR 560/15 si è completata la rete delle Cure Palliative con attivazione degli ambulatori nei 4 Distretti Aziendali ed è stato identificato le specialista palliativista di riferimento per ognuno dei Distretti.
Nelle Cure domiciliari l'attivazione del software ADI-WEB ha consentito una programmazione migliore delle attività e una flessibilità organizzativa nell'interscambio delle équipe.

L'emergenza Covid-19 ha determinato la necessità di rimodulazione dell'organizzazione delle **Cure intermedie** in particolare della Casa della Salute di San Secondo; di seguito viene riportato il dettaglio dell'evoluzione organizzativa dei 30 posti letto:

- In data 10.03.2020, 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità e 10 posti letto di Lungoassitenza sono stati trasformati in 20 posti letto di Lungodegenza post-acuzie ("Provvedimenti di riassetto temporaneo rete posti letto-aggiornamento" Prot. gen. 0016954_2020). Sono stati contestualmente chiusi i posti letto di Riabilitazione Estensiva /week hospital. Da quel momento le Degenze di San Secondo afferivano gerarchicamente alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Vaio e funzionalmente alla Medicina Interna dell'ospedale di Vaio. Il personale medico è stato pertanto completamente riorganizzato: sono stati coinvolti nella gestione del nuovo reparto alcuni i medici specialisti territoriali della Casa della Salute (gli ambulatori erano stati chiusi il giorno prima) ed alcuni medici dell'ospedale di Vaio, dal momento che si rendeva necessaria la copertura della guardia medica H24 su 7 giorni/settimana. Sono stati gestiti complessivamente 18 pazienti, per i quali è stata compilata la Scheda di Dimissione Ordinaria (SDO) abitualmente in uso in ospedale.
- In data 22.03.20 le Degenze della Casa della Salute sono state chiuse, e, in data 24.03.20, tutta l'equipe medica/ infermieristica è stata trasferita al 2° e 3° piano del Corpo M dell'ospedale di Vaio per l'apertura di 32 posti letto di Lungoassistenza Territoriale (" Attivazione dal giorno 23.03.20 di max. 32 posti letto presso il 2° piano del Corpo M della struttura ospedaliera di Vaio, dedicati a pazienti Covid-19." Prot. gen. 0019739_2020). I posti letto erano dedicati a pazienti Covid-19che necessitavano di una ulteriore stabilizzazione clinica. L'attività all'ospedale di Fidenza, organizzato per l'emergenza Covid-19secondo i criteri dell'intensità di cura, si è svolta in condizioni di stretta collaborazione con i Colleghi della Medicina Interna, al fine di rendere più veloce il turn-over dei posti letto per acuti.
- Contestualmente a Fidenza, in data 16.03.2020 vengono creati 9+11 posti letto " Hospice " al 1° piano del corpo M (v. lettera " provvedimenti di riassetto temporaneo rete posti-letto- trasformazione in p.l. Hospice prot gen. N° 0018242). Il reparto, destinato a pazienti Covid-19in condizioni di terminalità, nasce come setting ospedaliero (nuovo reparto 3250CP Med. Interna Cure Palliative COVID) ma viene in data 26.03.20 trasformato in letti di Assistenza Territoriale, individuati con il sub-codice " 699-lungoassitenza".
- In data 22.04.2020 e' stata chiuso il corpo M dell' Ospedale di Vaio e sono state riaperte le Degenze di San Secondo, ove sono stati individuati 38 posti letto post-COVID per accogliere 1) pazienti post-Covid-19, dimessi da ospedali per acuti ed in attesa di inserimento in Casa Protetta 2) anziani provenienti dal domicilio, in attesa di inserimento in residenze per anziani, in quel momento chiuse 3) pazienti post-Covid-19 provenienti da ospedali per acuti, per i quali si rendeva necessaria riabilitazione estensiva a causa delle sopraggiunte disabilità e del prolungato allettamento ("Apertura dal giorno 22.04.20 e fino al 30.09.2020 di MAX 38 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo, nel 2° e nel 3° Piano del Corpo A, dedicati a pazienti ex Covid-19" Prot. gen. 0025549_2020). Questa attività è stata poi prorogata fino al 29.10.2020.
- In data 28.09.2020 è stata richiesta la proroga dell'ordinanza comunale di max 38 posti letto post-COVID. Entro il 29.10 tutti i pazienti post-COVID sono stati dimessi.

- Dal 30.10.2020, considerato il perdurare della grave emergenza pandemica, tutti i 38 posti letto delle degenze sono stati occupati da pazienti COVID+, trasferiti dall' Ospedale di Parma (Padiglione Barbieri). I pazienti, a bassa intensità di cura, dovevano aver superato la fase acuta della malattia, ma per ragioni anagrafiche o per intrinseca fragilità dovuta a preesistenti malattie, necessitavano di una ulteriore stabilizzazione clinica. (v. ordinanza del Comune di San Secondo n°29 del 30.11.2020). Questa attività è tutt'ora in corso.

Il progressivo aggravamento della pandemia da Covid-19 ha reso necessario l'attivazione di équipe infermieristiche (**Nuclei infermieristici COVID**) dedicate ai pazienti COVID positivi, sospetti COVID, o eventualmente quarantenati, che presentavano sintomi di infezione tali da consentire la permanenza al domicilio, (residenza e/o domicilio, albergo COVID, Comunità Alloggio) e per i quali era possibile garantire, in quel contesto, un isolamento adeguato.
In ogni Distretto, Parma, Fidenza, Valli Taro e Ceno e Sud Est, sono state definite una o più micro équipe, in base alle specificità dei singoli territori distrettuali e alla numerosità e tipologia delle richieste, costituite da due infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare Aziendale per garantire la sicurezza complessiva dell'attività, con autovettura dedicata, garantendone l'operatività sette giorni su sette. Parimenti, si è proceduto all'individuazione, in ogni Dipartimento di Cure Primarie, di un Coordinatore Infermieristico/Assistenziale cui è stata attribuita l'organizzazione e gestione dell'assistenza domiciliare dei pazienti, segnalati dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, anche al fine di contribuire a conseguire gli aspetti di massima efficacia ed efficienza possibile delle attività a partire dalla programmazione delle stesse.
Al fine di garantire la realizzazione in sicurezza per l'utenza e per gli operatori delle attività assistenziali, a fronte del mutato panorama pandemico, tutto il personale Infermieristico è stato addestrato in collaborazione tra Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e Servizio Infermieristico e Tecnico, all'adeguato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI), al loro corretto smaltimento ed alle modalità di gestione delle auto aziendali. Al fine di una maggiore congruità della presa in carico e di sicurezza degli operatori e di tutti i cittadini, sono state anche definite specifiche modalità di richiesta di attivazione di cure domiciliari per le persone nelle condizioni sopra descritte, differenziate da quelle consuete. Nell'ambito delle attività infermieristiche erogate al domicilio, si sono collocati anche interventi mirati di supervisione a rinforzo delle misure di isolamento domiciliare, di valutazione di sicurezza dell'ambiente domestico e di adeguatezza del caregiver, di educazione sanitaria e di monitoraggio dello stato di salute con la possibilità di eseguire, laddove necessario, tamponi rinofaringei diagnostici e di controllo.
Va evidenziato che nel **setting domiciliare**, per i pazienti COVID negativi, sono state attivate, dagli infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare attività di informazione/rinforzo educativo sanitario per la prevenzione dell'infezione nei confronti sia del caregiver che dei componenti del nucleo familiare di tutti i pazienti in carico. Inoltre, sempre a cura del Servizio Infermieristico Domiciliare, ad ogni accesso/contatto, oltre all'indagine sull'insorgenza di un'eventuale sintomatologia sospetta e, nel caso, segnalazione al Medico Medicina Generale/Pediatra Libera Scelta, si è intervenuto, ove possibile, in relazione alle necessità assistenziali, in una prospettiva di riduzione dell'impegno diretto del personale infermieristico rafforzando i percorsi già attivati di addestramento ed educazione di familiari e caregiver coinvolgendoli nei processi assistenziali tramite consulenza telefonica.

Totale accessi per trimestre – 2020 (01/04/2020 al 31/12/2020)

	Secondo trimestre	Terzo trimestre	Quarto trimestre	Totale
Totale	**401**	**40**	**267**	**708**
Parma	223	32	97	**352**
Fidenza	53	8	46	**107**
Sud Est	98		70	**168**
Valli Taro e Ceno	27		54	**81**

Il tema della **continuità assistenziale e delle dimissioni protette** è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e 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'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); al fine di facilitare le dimissioni è stato realizzato un Punto Unico di Dimissione (PUD) con l'obiettivo di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio che si interfaccia con i Punti Unici di Accesso (PUA) distrettuali..

Inoltre è stato implementato un percorso di consulenza geriatrica (Unità Mobile) agito dall'équipe della Lungodegenza Critica di AOU a favore degli ospiti delle CRA (in fase iniziale CRA "I Tigli" di Parma e CRA di Collecchio) che si sviluppa sia attraverso contatti telefonici di consulenza al Medico di Diagnosi e Cura che mediante accessi diretti in struttura. Nei casi critici è prevista la possibilità di accoglienza/ricovero diretto senza accesso al Pronto Soccorso; questa opportunità consente di contenere gli accessi in PS, contribuendo anche a ridurre i ricoveri impropri.

La risposta territoriale all'emergenza COVID si è sviluppata affiancando agli interventi di contenimento di diffusione del contagio, scelte innovative ed integrate tra territorio ed ospedale volte a dare continuità di cura tra i vari setting assistenziali: domicilio, pronto soccorso, degenza ordinaria per acuti, terapia intensiva e sub intensiva, riabilitazione, cure intermedie, ospitalità alberghiera.
In coerenza con tale orientamento, gli interventi degli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL, di prevenzione e contenimento della diffusione del Covid-19 sul territorio, si sono integrati con quelli dei professionisti delle cure primarie (tra cui il medico di medicina generale e della continuità assistenziale, infermieri delle cure domiciliari, medici di diagnosi e cura delle Case Residenza per Anziani, professionisti delle unità speciali di continuità assistenziale-USCA) e dei COVID Hospital attivi sul territorio (le **Unità Mobili Multidisciplinari** a partenza dal COVID Hospital collocato al Padiglione Barbieri della Azienda Ospedaliero Universitaria).
L'innovazione organizzativa della **Centrale di Coordinamento dell'Emergenza Covid-19** si è rivelata decisiva per integrare gli interventi della rete dei professionisti ospedalieri e territoriali sia a domicilio che nelle Case Residenza Anziani, svolgendo un ruolo fondamentale nel contenere la diffusione della epidemia e portare la qualità possibile della cura nei setting organizzativi appropriati. E' stata di fatto potenziata e qualificata la rete di intervento territoriale, con sviluppo delle competenze delle USCA (es: ecografie a domicilio) e delle attività delle stesse in strutture residenziali e verso l'ambito pediatrico fino al loro utilizzo integrato in ambito vaccinale domiciliare.

Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " **Inclusione Sociale-Budget di Salute**". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. Per i Budget di Salute attivati nel 2018 le risorse economiche necessarie sono state puntualmente definite nella scheda di budget 2019 del Dipartimento di Salute Mentale (1.459.431,00 €). Nell'ambito della **Neuropsichiatria Infantile** è stata data piena applicazione al Programma Regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello Spettro Autistico, con particolare riguardo alla facilitazione all'accesso ai servizi ed alla pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, con la predisposizione di un cruscotto ad hoc per il monitoraggio delle rivalutazioni al 16° anno ed il conseguente passaggio all'età adulta.

Nel 2020, a seguito della pandemia da Covid-19, il DAI-SMDP ha modificato le funzioni di consultazione-consulenza al Dipartimento di Cure Primarie, assicurando l'attività di E-U e di continuità di cura, anche mediante la **telepsichiatria** e il potenziamento delle visite domiciliari.
L'attività del Programma Leggieri è proseguita al netto delle limitazioni legate al contenimento della pandemia, si è altresì affiancato in via sperimentale un Servizio di Consultazione-Consulenza ai Medici di Medicina Generale che, solo nel distretto di Parma, ove è stato effettuato una rilevazione specifica, ha

prodotto 647 interventi di supporto (383 consultazioni e 264 consulenze, metà delle quali tramite mezzi a distanza).

Per fronteggiare l'emergenza COVID il DAI SM-DP ha riconvertito numerose attività: PRP Fidenza in reparto COVID, lo SPOI Parma in area grigia a servizio e consulenza del COVID Hospital. Per il sostegno psicologico e psichiatrico dei cittadini e degli operatori, sono stati allestiti presso le sedi di Parma, Fidenza e Borgo Val di Taro, ambulatori specifici.

Gli indicatori relativi all'Area della Produzione Territoriale hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,71	21,38	18,74	Mantenimento	15,72
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	52,75	51,4	56,88	Mantenimento	55,2
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	61,83	59,5	42,52	Mantenimento	45,96
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	28,35	24,3	16,41	Aumento	17,88
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	5,55	5,29	6,19	Aumento	4,9
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	21,48	21,18	18,32	Mantenimento	15,6
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	81,01	82,36	56,72	Mantenimento	48,83
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,36	0,37	0,35	Mantenimento	0,35
Durata media di degenza in OSCO	24,09	25,81	19,03	Riduzione	23,14
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	447.343	448.849	5.282.142	Mantenimento	312.578
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	353.071	358.051	4.723.957	Mantenimento	221.963
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.677.484	2.635.366	39.186.442	Mantenimento	1.783.922
Volume di accessi in ADI: alta intensità	4.559	3.851	372.414	Aumento	2.132
Volume di accessi in ADI: media intensità	12.396	14.192	756.811	Aumento	9.799
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	159.763	162.501	1.535.777	Aumento	127.496
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	158.563	142.143	7.029.700	Aumento	114.888
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici per la cronicità	132.981	116.801	ND	Aumento	1.379

In quest'area rispetto a tutti gli indicatori selezionati con particolare riferimento agli indicatori di valutazione dell'area della Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile, è il primo anno che si registra una performance non ottimale, su cui hanno inciso gli effetti della evoluzione della pandemia con la sospensione delle attività nei servizi e la lenta riapertura condizionata dalla possibilità di effettuare test di screening. La degenza media dei ricoveri in OSCO, il cui valore si discosta dallo standard ed è superiore alla

media regionale ma in miglioramento rispetto al 2019, è condizionato dal diverso utilizzo dei letti di cure intermedie durante la pandemia e dalle diverse tipologie di assistenza erogate nelle cure intermedie a livello provinciale, che comprendono non solo l'ospedale di comunità, ma anche la lungoassistenza. Da segnalare, tra gli indicatori aggiunti a livello aziendale, la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate negli ambulatori infermieristici, il cui volume in flessione è da ricondurre agli effetti della sospensione delle attività durante la prima fase di evoluzione della pandemia.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione della Prevenzione,** nell'anno 2020 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha recepito gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione (DGR 771/2015) declinando le azioni necessarie al perseguimento degli stessi in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali e garantendone la progressione nel rispettato della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2020 gli indicatori sentinella hanno evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messe in atto azioni comuni intra dipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute. Si è data particolare attenzione ai principi di equità ed in particolare si è proceduto all'applicazione della scheda EQUIA sul percorso piede diabetico. E' proseguita l'applicazione del nuovo calendario vaccinale e si sono consolidatele azioni di razionalizzazione nell'offerta delle sedi vaccinali. Per quanto riguarda la vaccinazione antiinfluenzale nei soggetti con età > a 65 anni, nella campagna antiinfluenzale iniziata a ottobre 2020 sono state implementate importanti azioni di sensibilizzazione sia nei confronti della popolazione (call center informativo attivato in collaborazione con l'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Parma) che dei professionisti (formazione specifica per i MMG e gli operatori sanitari).

Nell'anno 2020 la pandemia da Covid-19 ha impattato in modo determinante su tutta l'attività dell'intero **Dipartimento di Sanità Pubblica**. Il personale, coadiuvato anche da professionisti reclutati all'uopo, è stato impegnato nella gestione della pandemia con conseguente compressione delle prestazioni erogate in particolare quelle ambulatoriali.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha, nel 2020, garantito:

- la gestione della pandemia attraverso l'esecuzione di indagini epidemiologiche e contact tracing, la sorveglianza e verifica delle misure di prevenzione nelle strutture socio assistenziali e scolastiche, il mantenimento dei flussi informativi quotidiani verso enti ed istituzioni interessate nonché la gestione della campagna vaccinale;
- la pianificazione delle attività nel rispetto dei Piani Regionali e Nazionali, come rimodulati a seguito della pandemia;
- l'effettuazione degli audit interni ai servizi soddisfacendo gli obblighi di accreditamento istituzionale;
- le attività di controlli ufficiale secondo quanto previsto dalla DGR 1510/2013 e dalla DGR 200/2013;

Nel Complesso gli obiettivi programmati sono stati raggiunti, sia in termini qualitativi che quantitativi, anche attraverso la sostituzione del personale anche se non completa per tutte le professionalità.
Dalla seconda metà del mese di febbraio 2020 il SISP ha sospeso le attività ordinarie in tutti i distretti e si è dedicato all'emergenza Covid-19. Sono stati gestiti 13.437 casi, 26.865 persone in quarantena in quanto contatti stretti e 5.169 persone in isolamento fiduciario in quanto rientrati da aree a rischio (al04/01/2021). Sono stati eseguiti 55.338 tamponi a domicilio di cui 26.875 nelle CRA, 72.337 tamponi nei drive-through. Dal 19/11/2020 sono stati eseguiti 9.342 tamponi rapidi.
E' stato istituito un percorso di monitoraggio delle strutture residenziali per anziani CRA dove si sono sviluppati n. 32 focolai dal 01/10/2020 al 04/01/2021. Sono state effettuate 188 sopralluoghi e 26.875 tamponi tra ospiti e operatori. Inoltre sono state prodotte specifiche Linee Guida per l'applicazione delle misure di prevenzione Covid-19. Sono state effettuate campagne di screening sugli operatori e gli ospiti dei centri diurni per anziani per un totale di 2.571 tamponi; inoltre la campagna di monitoraggio è stata effettuata anche sugli operatori dei centri estivi, delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili ed è stato predisposto un percorso di reclutamento anche per operatori del settore "carne e logistica", per un complessivo di circa 14.000 lavoratori per i quali a fine luglio sono stati programmati circa 4.600 tamponi

per il settore carni e 1.200 tamponi per il settore logistica. In previsione della riapertura delle scuole di ogni ordine e grado è stata effettuata una campagna di screening, su base volontaria, sugli insegnanti; a settembre, con la riapertura delle scuole, è stato istituito un percorso di monitoraggio e gestione dei casi che ha previsto controlli ufficiali nelle scuole e l'esecuzione di 10.384 tamponi relativi a insegnanti e studenti.

Dati anno 2020 Dipartimento di Sanità Pubblica

Casi gestiti	13.437
Persone in quarantena	26.865
Persone in isolamento fiduciario	5.169
Tamponi a domicilio	55.338
Tamponi drive-through	72.337
Tamponi rapidi	9.342

Gli indicatori relativi all'Area della Produzione della Prevenzione hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	95,46	94,15	94,17	Aumento	96,11
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	49,2	47,1	ND	Aumento	ND
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,52	96,91	95,23	Mantenimento	96,28
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,53	10,68	7,3	Mantenimento	9,51
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	59	56,79	49,4	Mantenimento	53,2
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	35,5	38,72	35,4	Mantenimento	30,7
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	55,45	49,51	63,74	Aumento	52,03
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	58,87	70,47	60,71	Mantenimento	57,09
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alle persone invitate	45,3	49,25	47,17	Aumento	34,2
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	93,78	93,1	91,21	Aumento	94,44
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	93,09	88,89	91,43	Mantenimento	93,12
% cantieri ispezionati	26,9	30,51	13,15	Mantenimento	22,05
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	ND	Mantenimento	ND
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	74,53	74,34	ND	Aumento	ND
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	51	34		Aumento	51

La performance registrata in quest'area evidenzia sia buoni risultati ma anche alcune criticità. Pur in mancanza del dato, per quanto riguarda l'indicatore relativo alla copertura vaccinale antiinfluenzale negli anziani, si sono ricercate soluzioni per migliorare il processo. Il tema è all'attenzione delle Direzioni Dipartimentali e sono in corso azioni per promuovere ulteriormente il ricorso alla vaccinazione, con interventi di sensibilizzazione sia rivolti alla popolazione che ai Professionisti, in primis ai Medici di Medicina Generale. Per quanto riguarda gli screening la percentuale di adesione allo screening della cervice uterina si attesta su un buon valore anche se inferiore rispetto al precedente anno di valutazione. Lo screening colon retto ha evidenziato una flessione rispetto al 2020 e sono state adottate soluzioni organizzative orientate a facilitare i percorsi di accesso. Sempre sotto osservazione è il risultato relativo allo screening mammografico, oggetto di importanti interventi (revisione organizzativa e potenziamento dell'organico) per recuperare la adesione, nell'ambito della Breast Unit provinciale. E' allo studio una revisione organizzativa per una gestione unitaria dei tre programmi di screening all'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica.

3.2.2. Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Le attività della rete per la **gestione del rischio clinico**, sia a livello intraospedaliero sia a livello territoriale/ambulatoriale sono da considerarsi a regime anche in termini di integrazione con le altre articolazioni e servizi coinvolti (Prevenzione e protezione aziendale – Rischio infettivo). E' stata ridefinita l'organizzazione aziendale con la creazione di due nuove U.O.C. (Governo Clinico Ospedale-Territorio e Gestione del Rischio e Medicina Legale) collocate nella Direzione Sanitaria Aziendale e si segnala quanto segue:

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.
- Nell'attesa di ulteriori decreti applicativi a completamento del corredo previsto dalla L.24 sono stati messi in atto i provvedimenti immediatamente realizzabili in merito alle risposte ai cittadini ed alla pubblicazione di dati. La relazione di cui all'art.4 della norma è stata pubblicata sul sito dell'azienda secondo le istruzioni ricevute dall'assessorato regionale alla salute.
- Continua, con risultati positivi in termini di diffusione dell'utilizzo, la campagna di comunicazione sulla necessità di segnalazione tramite il sistema di IR.
- Per quanto compreso nel nostro case-mix, gli interventi AHRQ4 vengono indicati in SDO. E' in fase di miglioramento, a seguito del riscontro di errori nella estrazione del flusso,l'assolvimento del debito informativo sulla copertura degli interventi AHRQ4 con SSCL .
- La procedura di gestione eventi avversi è stata diffusa in tutte le sedi aziendali e sia il sistema Incident reporting sia il flusso SIMES vengono popolati: per quanto riguarda gli eventi sentinella, la segnalazione di un evento sentinella da sistematicamente luogo alla tenuta di un SEA (Significantevent audit) con progetto di miglioramento ove se ne delinei la necessità. Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della messa in atto delle raccomandazioni per evitare il verificarsi degli eventi sentinella è a regime su tutte gli Items e sono stati inviati a Regione (che li ha validati) e di conseguenza ad AGENAS i questionari/check list che hanno evidenziato una buona corrispondenza con i livelli di aggiornamento richiesti.
- La adesione alla check list di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali
- Nella versione rinnovata della procedura per la gestione clinica del farmaco sono stati introdotti i contenuti delle raccomandazioni per la ricognizione e riconciliazione dei farmaci: l'argomento è stato già oggetto di un audit clinico presentato alla regione Emilia Romagna.
- Gli indicatori di attività per la gestione del rischio infettivo non ancora a completo regime mostrano elementi di miglioramento specialmente per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di controllo (SIChER); un trend in miglioramento si osserva anche per l'indicatore relativo al consumo di gel idroalcoolico.
- Il progetto OSSERVARE è stato completato e rinnovato ed ampliato il gruppo di osservatori. Completato il progetto di applicazione del braccialetto identificativo in tutte le UO di degenza. FUT utilizzato in tutte le UO. Ripetute sedute di SEA per gli eventi più significativi dal punto di vista delle dinamiche di realizzazione del percorso dell'evento avverso o del quasi evento. Sono state implementate le Linee regionali di indirizzo per la prevenzione e gestione cadute con la totale partecipazione degli operatori richiesti dal progetto agli audit previsti al corso FAD.

La pandemia da SARS-CoV-2 occorsa dall'inizio del 2020 è stata spesso descritta come "storica", ossia di portata tale da entrare per la novità, l'estensione e la gravità dell'evento, nella Storia dell'essere umano. Ciò che è accaduto ha infatti trasceso la comune "dimensione del possibile", cogliendo di sorpresa governi e popolazioni dell'intero pianeta, spesso in condizioni di non adeguata preparazione per un accadimento inatteso come una pandemia da agente sconosciuto. In un tale scenario apparve fondamentale, al fine di evitare o ridurne le conseguenze negative in ambito sanitario, una concreta progettazione organizzativa in termini di sistema; essa è stata rivolta concretamente alla analisi e strutturazione di diversi possibili contesti di gravità e complessità, così da poter ipotizzare risposte proporzionate alle differenti necessità operative, indicando percorsi e processi gestionali di coordinamento integrato, nei vari livelli aziendali ed interaziendali .

Il **Piano Pandemico Provinciale** ha definito, attraverso uno stretto e costante monitoraggio dei dati di contagio, le esigenze di pianificazione e modifica delle diverse strutture di entrambe le organizzazioni sanitarie (AOU Parma e AUSL Parma), anticipandone, laddove e fin dove possibile, le capacità e modalità di risposta - o di potenziamento di quanto già disponibile - in termini tangibilmente pratici ed effettivi.
A fronte di una condizione di contagiosità scarsamente definibile riguardo le sue prossime capacità di ulteriore diffusione, è emersa la necessità di raccogliere e analizzare il "tesoro esperienziale" direttamente sperimentato dalle Aziende, in tutte le sue coniugazioni professionali, nelle fasi emergenziali della pandemia; tale necessità ha trovato accoglimento nella redazione, da parte di entrambe le Aziende, del documento di aggiornamento del "Piano-Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio in relazione all'epidemia COVID-19", nel quale non solo è riportato "quello che è successo" ma è stata dedicata anche l'attenzione a "cosa ha funzionato e cosa no", con una visione futura sulle possibili azioni da attuare in caso di nuove fasi della gestione dell'evento pandemico e che costituiscono il preludio alla redazione del Piano Pandemico Provinciale.

Per quanto riguarda **l'assistenza farmaceutica:**

Farmaceutica Convenzionata: Nel 2020 l'obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta assegnato dalla Regione era una riduzione di 0,60% rispetto al 2019.
La spesa farmaceutica convenzionata netta anno 2020 è stata di € 43.622.013,70 registrando una riduzione del 3,67% rispetto all'anno precedente. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi undici anni è passata dai € 169,89 del 2009 ai € 98,32 del 2020. Il risultato 2020 è stato inferiore di € 3,87 al dato 2019 e inferiore di € 7,65 rispetto alla media regionale 2020 (pari a € 105,97 spesa netta pro capite). Il decremento del 2020 si può ipotizzare che derivi dagli effetti della pandemia, in particolare in parte dalla sospensione/riduzione delle attività ordinarie del SSN.
Sono, comunque proseguiti gli interventi che hanno avuto come obiettivo principale l'appropriatezza prescrittiva ed il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio continuo delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime, insieme all'incremento dei farmaci distribuiti direttamente e attraverso la DPC e alla costante promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto.
Tali interventi hanno risentito del turn over dei professionisti dell'ambito della medicina generale e della pediatria di libera scelta con l'assegnazione d'incarichi/convenzioni a medici non ancora completamente allineati con la politica del farmaco aziendale.
Farmaceutica Ospedaliera: Nel 2020 l' obiettivo assegnato dalla regione di spesa per acquisto ospedaliero dei farmaci era + 9,4% rispetto all' anno precedente (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) .
SI è registrata una spesa pari a € 55.176.211 (incluso oncologici gruppo B) con un aumento rispetto all' anno precedente del 7,4% ; nel dettaglio:

- **spesa complessiva ospedaliera** , che comprende anche i farmaci di fascia H e C in distribuzione diretta è stata di € 24.946.296 , con un aumento verso l' anno 2019 di 14% di cui :
    - spesa ospedaliera consumi interni € 8.401.489 , in cui si registra una diminuzione di 3,9% ; tale decremento è dovuto essenzialmente al decremento delle attività ospedaliere nel periodo di emergenza Covid-19;
    - spesa ospedaliera per erogazione diretta fascia H e C €16.544.807, con un incremento pari al 25,9% (dovuto ad incremento presa in carico dei pazienti dopo visita specialistica ospedaliera)
- **spesa erogazione diretta fascia A** è stata pari a € 30.229.915 , con un incremento pari a 7,9%; comprende la DPC, l' erogazione diretta all' utenza, l' erogazione alla strutture territoriali (CSM, CRA, dialisi…); l' aumento è dovuto a nuovi trattamenti ad alto costo per malattie rare e alla ulteriore presa in carico di pazienti.

Gli indicatori relativi all'Area dell'Appropriatezza, Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,19	1,96	1,83	Riduzione	2,36
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,22	0,23	0,15	Riduzione	0,18
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	35,82	37,49	23,03	Riduzione	29,4
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,2	7,21	6,69	Mantenimento	5,91
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,38	10,04	7,66	Riduzione	7,49
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,09	2,52	8,43	Mantenimento	3,95
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,13	2,23	2,08	Mantenimento	0,36
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	22,91	22,18	23,5	Mantenimento	24,04
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	765,84	720,21	404,9	Mantenimento	377,54
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,97	48,47	57,1	Aumento	37,77
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	11,49	17,37	8,94	Riduzione	7,72
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,52	4,72	4,6	Riduzione	3,88

La performance registrata in quest'area è sufficientemente buona anche se con alcune criticità. Si mantiene il buon risultato rispetto alla riduzione delle RM, frutto degli importanti interventi realizzati sull'appropriatezza prescrittiva in particolare per le RM osteoarticolari e muscoloscheletriche (ex DGR 704/13) grazie all'utilizzo del motore semantico attraverso cui vengono analizzate le prescrizioni sia dei MMG che degli specialisti. Da osservare il miglioramento delle performance per quanto riguarda il tasso di accessi di tipo medico per 1000 residenti. Da migliorare le azioni rispetto alla appropriatezza dei ricoveri, soprattutto nell'ambito del privato accreditato per quanto riguarda i DRG potenzialmente inappropriati della Griglia LEA, ma anche rispetto al corretto utilizzo del setting nei DRG chirurgici.

3.2.3. Area dell'Organizzazione

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Organizzazione**, le azioni messe in campo hanno riguardato diversi ambiti. Di particolare rilevanza è stato Il percorso di **integrazione dei servizi tecnico-amministrativi** che si è sviluppato secondo la sequenza di seguito indicata:

- predisposizione del progetto preliminare di integrazione, conseguente illustrazione ai Collegi di Direzione e alle associazioni sindacali, invio in Regione nel mese di settembre 2015, formalizzazione del progetto preliminare nel mese di gennaio 2016;
- successivamente le due direzioni hanno lavorato congiuntamente per predisporre il progetto definitivo di integrazione, licenziato nel mese di giugno 2016, con illustrazione a tutti i dirigenti, ai Collegi di Direzione, alle associazioni sindacali, alla CTSS. Il progetto è stato formalizzato mediante l'adozione di speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016;
- l'avvio operativoè avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera dove, da giugno 2017, si sono completati i trasferimenti, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento.
- La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza.

Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2020 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali. In area assistenziale è stato consolidato il Dipartimento Interaziendale dell'Emergenza Urgenza e in generale le collaborazioni cliniche, che hanno visto anche la partecipazione di specialisti di AOU alle attività territoriali aziendali. Da segnalare inoltre la formalizzazione della collaborazione dell'area amministrativa delle due direzioni sanitarie. Nella seconda metà dell'anno ci si è concentrati sul completamento delle attività propedeutiche alla formalizzazione dell'integrazione dei servizi in ambito ICT, che però non è stato possibile perfezionare a causa del persistere di talune criticità, in corso di superamento. Da un punto di vista concreto, peraltro, la conduzione dei due servizi informatici è avvenuto a cura di un unico direttore, che si è fatto carico anche delle problematiche di Azienda Usl.

Con la Delibera di Giunta delle Regione Emilia Romagna nr. 737 n. 749 del 25/06/2020 alle Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma sono stati assegnati gli obiettivi di mandato, nei quali è espressamente indicato che ***"per le Aziende parmensi assume particolare rilievo la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale".***

Nell'ottica di garantire risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, l'interesse delle due Aziende sanitarie si è rivolto verso il rafforzamento dei meccanismi di collaborazione tra i diversi stakeholder, andando a rivedere l'intera catena dei servizi sanitari offerti.

Le evidenze di letteratura – e la pandemia in atto - hanno dimostrato che le forme di integrazione più efficaci sono quelle che coinvolgono più livelli di assistenza (l'assistenza ospedaliera, le cure intermedie e primarie), orientate alla presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.

Le Direzioni di AOU e di AUSL hanno quindi deciso di sviluppare un Progetto di Integrazione, con l'obiettivo di gettare le basi per l'unificazione delle due Aziende.

In fase di pianificazione strategica è stata effettuata l'analisi SWOT, per valutare i diversi fenomeni che riguardano il contesto in cui il Progetto di Integrazione si inserisce, e che possono influenzarne il successo:

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
• Forte mandato regionale • Rete Ospedale- Territorio (formazione del personale, progetti congiunti, iniziative rivolte ai cittadini). • Integrazione socio-sanitaria (presenza di servizi socio- sanitari sull'intero territorio e capacità di accoglimento della domanda, azioni di sensibilizzazione all'utenza e sostegno al paziente e suo caregiver; progetti di potenziamento di alcuni Servizi) • Presenza di Servizi e Progetti interaziendali dedicati.	• Difficoltà nella co-progettazione tra diverse organizzazioni; • Difficoltà ad intercettare le esigenze socio-assistenziali e sanitarie dell'utenza; • Difficoltà a riconoscere il bisogno non espresso; • Modalità uniformi di campagne/progetti di prevenzione e di sensibilizzazione all'utenza (occorrerebbe diversificazione a seconda dell'organizzazione).
OPPORTUNITÀ	**MINACCE**
• Valorizzazione e messa in rete dei servizi clinico assistenziali di eccellenza presenti nel contesto di riferimento; • Percorsi strutturati per la costruzione di una "rete clinico assistenziale" tra ospedale e territorio; • Consolidamento dell'attività di prevenzione; • Aggregazione spontanea di reti clinico-assistenziali; • Apertura di nuovi Servizi in risposta ai bisogni dell'utenza. • Rafforzamento del collegamento tra assistenza, ricerca e didattica in ambito territoriale, a tutti i livelli (dalle professioni sanitarie, alle scuole di specializzazioni alla formazione degli MMG/PLS).	• Mutamento tipologie organizzativa a partire da due realtà (sanitaria e territoriale ciascuna con propria filosofia gestionale, vs una realtà più complessa); • Nuovi modelli culturali organizzativi e gestionali e conseguente aumento della difficoltà di governo; • Servizi non adeguati ai nuovi bisogni formativi/informativi dei professionisti; • Difficoltà legate all'integrazione interculturale; • una "fusione a freddo" potrebbe essere vissuta dai professionisti come imposta dall'alto e non vissuta ed elaborata individualmente dal singolo.

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

Le azioni realizzate nello sviluppo dell'infrastruttura **ICT** a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, hanno trovato riscontro nella continuità della progettazione e nel passaggio da questa all'implementazione operativa. In questa direzione si collocano anche le azioni di riorganizzazione legate agli obiettivi del periodo di riferimento, definite nei documenti di programmazione

regionale, di area vasta e provinciale, oltre che negli obiettivi di mandato della Direzione Generale e nella pianificazione triennale delle attività del Dipartimento informatico unico (AOU PR, AOU PR e AUSL PC). Il ruolo innovativo dell'ICT si inserisce nel contesto organizzativo, quale importante elemento di supporto al percorso di progressiva razionalizzazione/comunicazione all'interno del sistema sanitario regionale. In particolare:

- **Rete SOLE/FSE**

  La programmazione nel periodo di riferimento per il **progetto SOLE** è stata orientata allo sviluppo e al consolidamento dei servizi funzionali a favorire:

  1. l'operatività dei medici MMG/PLS, di continuità assistenziale e specialisti nelle Case della Salute;
  2. l'accessibilità ai servizi sanitari da parte dei cittadini (FSE, CUPWEB….);
  3. la circolarità delle informazioni sanitarie al fine di sostenere il consolidamento dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale.

  In particolare nel 2020 i DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000, e l'adesione all'SSI è ormai prossima al 100%. Tale risultato è frutto di diversi fattori quali i pensionamenti di MMG non favorevoli all'adesione, nuove attivazioni di MMG neo inseriti e la raggiunta compatibilità di alcuni software che prima non lo erano. Al fine di promuovere e sostenere la diffusione e l'utilizzo dell'SSI è stato attivato un Gruppo Tecnico composto da professionisti dell'AUSL, MMG e rappresentanti della società Lepida SpcA, che affronta temi legati alle criticità evidenziate nell'utilizzo, studiando soluzioni e fornendo indicazioni operative anche per l'implementazione di nuove funzionalità.
  La evoluzione della pandemia da SARS-COV-2 ha determinato un effetto molto positivo nella promozione della **diffusione del FSE** tra la popolazione, per la opportunità di favorire lo scambio di informazioni e la possibilità di effettuare operazioni evitando spostamenti. **Complessivamente** sono stati attivati **171.995 Fascicoli Sanitari Elettronici** che rappresentano una copertura del **38,1%** della popolazione provinciale, questi i dati Distrettuali di dettaglio: Parma 92.029 (40,7%), Fidenza 38.634 (37,1%), Valli Taro e Ceno 12.629 (18,4%), Sud-Est 28.703 (37,1%).

- **Dematerializzazione ciclo passivo degli acquisti**

  Continua il trend incrementale rispetto alla dematerializzazione del ciclo passivo degli acquisti, ed è stato molto elevato il numero di procedure d'acquisto svolte dal Dipartimento sotto soglia svolte telematicamente tramite il sito regionale SATER.

- **Azioni di sviluppo tecnologico**

  Sono in corso di sviluppo gli adeguamenti allo standard CDA2 per la produzione dei referti ma le azioni hanno avuto un forte rallentamento a causa dell'impegno dei gestori coinvolti nella gestione della pandemia. E' in corso lo studio per estendere la possibilità di prenotazione on-line alle prestazioni di vaccinazione COVID. L'intero processo di gestione delle prenotazioni e restituzione esiti degli esami relati al infezione da COVID19 è stato informatizzato da 0, comprendendo anche la raccolta delle attività COVID-relate di nuovi erogatori di prestazioni come le USCA e delle attività di monitoraggio svolte dagli MMG. Sono stati profusi molti sforzi per soddisfare i debiti informativi creati dalla Regione. Per gestire le adesioni alla campagna di vaccinazioni COVID sono stati realizzati in autonomia strumenti per le richieste provenienti dai dipendenti.

- **Riordino dell'assistenza ospedaliera**

  Nel corso del 2020 è proseguita la reingegnerizzazione del sistema di gestione delle liste di attesa per interventi programmati, adeguando il software aziendale alle nuove specifiche Sigla, ricodificando la maggior parte degli interventi seguendo il nuovo nomenclatore. Il set di interventi programmati include tutto quello previsto da SIGLA 2.0 ed è in fase di stabilizzazione la corretta trasmissione dei dati in tempo reale. E' proseguita la integrazione dei dati nel repository con Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma.

- **Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ricovero**

Si conferma il mantenimento delle funzionalità attivate verso il FSE regionale, la continua evoluzione di nuove funzionalità e il progressivo aumento del numero di documenti inviati attraverso la rete SOLE. Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) rispetto alla richiesta regionale. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo.

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

Evoluzione Osservatorio epidemiologico provinciale: il DWH unico provinciale è stato popolato con tutti i dati necessari per la rendicontazione dei flussi regionali. E' in corso la codifica dei microorganismi necessaria al fine di consentire l'analisi di dati sul territorio stesso per poter effettuare analisi epidemiologica statistica e preventiva.
Attivazione braccialetto identificativo del paziente: il braccialetto è stato attivato con la finalità della corretta associazione della terapia al paziente.
Nel 2020 è proseguita l'attività di implementazione e miglioramento della Sicurezza in sala 0peratoria ed è continuata l'attività di osservazione della corretta compilazione della check list di sala operatoria.

- **Progetti ICT in ambito amministrativo-contabile**

Si sono svolte le attività amministrative per l'attivazione del progetto di scrivania digitale per la gestione del work flow documentale amministrativo, da realizzarsi a mezzo dell'applicativo Babel, acquisito in riuso dall'Azienda USL di Bologna dopo opportuna selezione, che è divenuto pienamente operativo. Il software GRU è stato attivato ed è regolarmente in funzione. Proseguono le attività per favorire la implementazione del GAAC.

Rispetto agli **adempimenti nei flussi informativi**, le azioni di sistema messe in atto nel corso del 2020 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali, in particolare volte a migliorare in termini qualitativi e quantitativi i flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione). L'Azienda ha sempre partecipato, con un proprio rappresentante formalmente individuato (nota prot. 0049388 del 20/07/18) ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari. A partire dal 1 gennaio 2020 è in vigore il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni. Il sistema, che sostituisce l'estensione del monitoraggio dei LEA aggiornando il Sistema di Garanzia in essere dal 2000, consta di 88 indicatori di cui 22 definiti CORE che concorrono alla valutazione dell'erogazione dei LEA e 66 NON CORE utili soprattutto a livello monitoraggio descrittivo. La valutazione avviene su base regionale a partire dai dati contenuti nel **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)** in cui confluiscono i dati delle Aziende sanitarie nazionali. Nella Regione Emilia Romagna numerosi indicatori del sottoinsieme CORE sono già inclusi tra gli indicatori individuati dalla DGR n. 977/2019, "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019", ripresa dalla DGR 2339/19. L'attenzione rivolta dall'Azienda agli indicatori CORE del NSG è testimoniata dagli obiettivi della DGR 977/19 che sono monitorati semestralmente attraverso il Piano delle Azioni Aziendale; evidentemente, per molti di questi indicatori, l'andamento ai 6 mesi dell'anno è stato in gran parte condizionato

dall'andamento pandemico COVID 19; in molti casi i dati non sono confrontabili con gli altri anni a causa della rimodulazione delle attività sanitarie dovuta alla pandemia COVID19. Il Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie Direzione Generale Cura della persona, Salute, Welfare, ha messo a disposizione un cruscotto dedicato agli indicatori CORE afferenti l'area Ospedaliera e Distrettuali.

Per quanto riguarda il **sistema dell'accreditamento istituzionale** l'anno 2020 è stato dedicato al consolidamento del sistema qualità analizzato nell'ottica del ciclo completo di valutazione strategica necessaria e propedeutica alla realizzazione del riesame della Direzione, per una efficace gestione del sistema e di migliorarlo su base continua. Tale verifica è stata effettuata attraverso un Audit interni. Con i Dipartimenti sono stati definiti i punti di forza e debolezza riferiti agli esiti conseguiti nel 2020 e, alla luce degli stessi, sono stati pianificati gli obiettivi del 2020. All'interno di questo scenario i Dipartimenti sono stati supportati ad analizzare i loro processi da un ampia prospettiva: nell'ottica del sistema qualità; analizzandoli focalizzando l'attenzione sulla gestione del rischio; dal punto di vista del cittadino/utente e ponendo attenzione alle attività di supporto necessarie al raggiungimento degli obiettivi stessi. Il prodotto finale è stata la realizzazione dei **Piani delle Attività** , elaborati per ogni Dipartimento ospedaliero e territoriale. Tali documenti costituiscono la base per il riesame della Direzione di fine anno, oggetto di audit interno.

Alla luce della visita di accreditamento istituzionale avvenuto nel dicembre 2018, l'Azienda ha messo in atto una serie di azioni e strumenti necessari ad implementare il sistema qualità. Per questa ragione è stato realizzato un audit di parte seconda, per analizzare e revisionare la Politica e gli obiettivi di Qualità pianificati e realizzati nel corso del 2019, che si è tenuto il 12/12/19.

Gli indicatori relativi all'Area dell'Organizzazione, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2020
% di popolazione con fascicolo elettronico attivato	19,41	14,03	ND	Incremento	38,1

La performance registrata è ottima e con un trend in ulteriore miglioramento, l'evolversi della pandemia da SARS-COV-2 ha determinato un effetto molto positivo nella promozione della diffusione del FSE tra la popolazione, in quanto strumento che di favorisce lo scambio di informazioni tra utente e strutture sanitarie, tra i professionisti e offre anche la possibilità di effettuare operazioni di sportello evitando spostamenti.

3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza

Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate come le scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano Interaziendale Integrato 2020/2022.

Il nuovo Piano prevede , come misura principale, l'aggiornamento della mappatura di processi e procedimenti, con un diverso metodo di analisi e valutazione dei rischi, nel merito sono state fornite le indicazioni per lo svolgimento dell'aggiornamento

Si è tenuto un incontro generale con i servizi delle due aziende di illustrazione del Piano e dei vari temi in materia, tenuto dal RPCT.

E' stato garantito il coordinamento del sistema interaziendale, anche per quanto concerne le trattazioni degli accessi civici "generalizzati" da parte delle UU.OO. competenti secondo il regolamento in essere.

Sono state fornite disposizioni per l'acquisizione annuale delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse mediante la piattaforma GRU, in collaborazione col Dipartimento Risorse Umane.

Il RPCT ha partecipato agli incontri del tavolo regionale in materia di trasparenza e anticorruzione.

Non è stato approvato il regolamento in tema di formazione sponsorizzata, sul tema è stato incaricato uno specifico gruppo di lavoro regionale per l'elaborazione di uno schema unico di regolamento da assumersi come modello per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione in materia di Interventi Straordinari e di Emergenza nella sezione web Amministrazione Trasparente, si è provveduto alle pubblicazioni, comprese le tabelle contenenti i dati delle Erogazioni Liberali in tema di emergenza covid, secondo le indicazioni di legge e specifiche regionali.

Gli indicatori relativi all'Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	61,92	61,66	ND	Incremento	64
% di diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative	100	100		Mantenimento	100

Si mantiene ottima la performance per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER con un costante trend di miglioramento. Ottimo il risultato relativo alla diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative che le vede raggiunte al 100%.

3.3.Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo

Rappresenta la performance connessa all'innovazione, all'eccellenza tecnologica, alle competenze, al clima interno ed alla motivazione, è distinta nelle aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2020 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica

L'azione aziendale tende a creare legami crescenti tra attività di Ricerca e Formazione e ricadute nell'ambito dell'attività assistenziale. In tale ottica nell'ambito della **ricerca** è proseguita l'attività finalizzata ad utilizzare le banche dati per estrarre indicatori utili a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune classi di farmaci (in particolare nei confronti delle categorie maggiormente a rischio – anziani), la stratificazione della popolazione per definire i livelli di rischio di ospedalizzazione nei soggetti cronici assistiti dalle Case della Salute, formando quindi i professionisti dipendenti e convenzionati all'utilizzo degli strumenti del Chronic Care Model. Inoltre i servizi in staff alla direzione aziendale stanno diffondendo le conoscenze in merito all'utilizzo delle metodologie di ricerca qualitativa nei servizi sanitari e sociali, al fine di qualificare le attività adattandole alle esigenze di un moderno e soddisfacente rapporto con i pazienti. Nel corso dell'anno si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2020.

La Regione Emilia-Romagna, ha acquisito una specifica piattaforma software, SIRER, per la gestione informatizzata della Ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna . Alla presentazione della piattaforma presso l'Agenzia Sanitaria Sociale della Regione hanno partecipato la Segreteria Locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN oltre che un rappresentante della Direzione Sanitaria per la Ricerca e Innovazione aziendale. E' stata assicurata da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico di AVEN e della direzione aziendale la partecipazione ad incontri sulla messa a punto di alcuni dei moduli costitutivi di SIRER sull'utilizzo dell'applicativo.
La segreteria locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN ha assicurato la collaborazione per la corretta alimentazione della piattaforma SIRER secondo i tempi e modi definti a livello regionale. E' stato rispettato il cronoprogramma di attivazione e implementazione di SIRER come stabilito con nota prot 7940 del 06/02/2020 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, con il supporto degli amministratori aziendali allo scopo nominati : dal 1° di marzo la piattaforma SIRER è stata utilizzata da tutti i proponenti studi interni alle Aziende/IRCSS del SSR (compreso il personale universitario convenzionato) dal 1° di maggio l'utilizzo della piattaforma è stato esteso anche a tutti i promotori esterni e la personale universitario non convenzionato con l'Azienda.
L'indicatore relativo all'Area della Ricerca e della Didattica ha registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	4	8	ND	Mantenimento	4

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

3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo

Nel 2020 è stata aperta, sul portale regionale E-llaber, una apposita sezione dedicata alle Aziende Sanitarie di Parma, e sulla quale è stato trasferito il corso sulla sicurezza dei lavoratori D.lgs. 81/08; nel medesimo spazio sono in corso di attivazione altri due percorsi formativi, uno che riguarda le metodologie per la valutazione del personale e un altro richiesto dal U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. E' stato inoltre prodotto e messo a disposizione il percorso e-learning SARS-COV-2: cosa è e come utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale.

Altresì sono stati prodotti e messi a disposizione dei professionisti delle due aziende sanitarie, e in alcuni dell'intero sistema sanitario provinciale (includendo il privato accreditato), i seguenti percorsi formativi e-learning:

- Conoscere il Blocco Operatorio - Corso per il Neo Inserito
- Corso di Ecografia Clinica Toraco - Polmonare
- COVID -19: Informazione e Formazione (piattaforma per la formazione sincrona e asincrona)
- Phishing: come riconoscerlo e saperlo affrontare;
- Percorso Elearning "Patient Bloof Management";
- Il sistema di valutazione integrata delle risorse umane La valutazione del personale;
- Il sistema integrato e il colloquio di feedback.

Durante l'emergenza COVID-19 le attività formative si sono focalizzate sui seguenti aspetti:

- è stata messa a disposizione dei professionisti delle due Aziende Sanitarie, e poi di tutto il SSR, il percorso formativo elearning "SARS-COV-2: cosa è e come utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale";
- messo a disposizione il sistema per la didattica online Blackboard Collaborate attivando diverse aule virtuali e garantendo apposita formazione all'utilizzo;
- messo a disposizione dei professionisti 150 webcam e 150 cuffie con microfono per aumentare il livello di accessibilità alla formazione e-learning, ai sistemi di aule virtuali e di video conferencing;
- adottato un nuovo regolamento e predisposto l'apposita modulistica per mettere nelle condizioni i professionisti di fruire della formazione e-learning anche al di fuori dell'orario di servizio e/o dal posto di lavoro;
- supportato le articolazioni delle due aziende nella riprogettazione dei percorsi formativi programmati in modalità residenziale;
- messo a disposizione il sistema per meeting e didattica online Zoom;
- prodotto diversi video informativi/formativi riguardanti la corretta esecuzione dei tamponi antigienici rapidi, la corretta sequenza di vestizione e svestizione con i DPI, l'esecuzione di manovre BLSD in setting assistenziale COVID;
- supportato le articolazioni delle due Aziende Sanitarie nell'organizzazione e nella gestione di eventi formativi online;

L'indicatore relativo all'Area dello sviluppo organizzativo, ha registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
N° di eventi formativi interaziendali	23	22	ND	Incremento	9

Continua l'organizzazione di interventi formativi a valenza interaziendale, contribuendo a rafforzare la cultura dell'integrazione tra i Professionisti di Azienda USL ed i Professionisti di Azienda Ospedaliero/Universitaria, la performance nel 2020 ha risentito dell'interruzione delle attività durante il periodo di emergenza COVID.

3.4. Dimensione di Performance della sostenibilità

Rappresenta la performance che presidia l'area dei risultati economici, della produttività e dei costi, è distinta nelle aree di seguito elencate (Area economico-finanziaria e Area degli investimenti) di cui si

rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2020 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

3.4.1. Area economico-finanziaria

Con DGR n. 2339 del 12/11/2019 avente ad oggetto "Prime indicazioni sulla programmazione 2020 per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale", la Regione aveva proceduto ad una prima definizione del livello delle risorse a finanziamento della spesa corrente del SSR per il 2020, confermando, per la fase di avvio della programmazione regionale e aziendale, il volume di finanziamento già definito a livello regionale e per ogni singola azienda per il 2019.
Era stato altresì confermato il quadro degli obiettivi delle Direzioni aziendali definiti con DGR n. 977/2019 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019", con le integrazioni così definite nella DGR 2339/2019 ed in quelle successive apportate dalla DGR 1806/2020 "Obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2020 – integrazione delibera di giunta regionale n. 2339/2019" con particolare riferimento alla gestione della pandemia da Covid-19.
I dati economici rappresentati riflettono l'impatto che l'emergenza Covid-19 ha avuto sull'andamento delle gestioni aziendali e, conseguentemente, sull'andamento economico.
Alla luce del diverso scenario organizzativo e sanitario a seguito degli accadimenti sopra esposti, e ad una struttura dei costi e dei ricavi del SSR che si è modificata a seguito dell'emergenza, si è resa necessaria una riformulazione da parte del livello regionale della programmazione finanziaria 2020, avvenuta con DGR 1890/2020 "Rideterminazione del finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2020", comprensivo delle risorse di cui ai decreti emergenziali D.L. 18/2020, 34/2020 e 104/2020, sulla base delle quali era stato impostato il Bilancio Economico Preventivo 2020 adottato con Delibera n. 909/2020 e di ulteriori assegnazioni a valere sull'esercizio 2020 ripartite con DGR 120/2021.
Infatti, la Regione nel corso del 2020 ha istituito un sistema di monitoraggi progressivi dei costi sostenuti e/o da sostenere al fine di valutare l'impatto dell'emergenza Covid-19 sulle gestioni aziendali, tra cui:

- Rendicontazione delle spese sostenute dal 20/02/2020 al 07/04/2020 al Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19. L'Azienda USL di Parma ha rendicontato un importo pari a 424.717 euro, per le specifiche voci di spesa ammesse a rimborso, che tuttavia non sono esaustive dei maggiori costi effettivamente sostenuti nel periodo stimabili in 2.150.814,32 euro;
- Rendicontazione al Commissario Straordinario delle spese sostenute dal 08 aprile al 31 maggio per 2.354.370 euro;
- Rendicontazione alla Protezione Civile delle spese sostenute per l'assistenza alberghiera a pazienti positivi quarantenati per complessivi 439.942 euro; è stato possibile rendicontare solo i documenti già pagati, ma al 31/12 le spese sostenute sono state pari a 530.497.
- Rendicontazione alla Regione dei maggiori costi per acquisizione di personale, dipendente e con rapporto di lavoro flessibile, in applicazione dei decreti emergenziali (DL 18/2020 e DL 34/2020 artt. 1 e 2) a valere su tutto il 2020 per complessivi 11.085.791 euro (importo assegnato con DGR 1890/2020, come integrato con DGR 120/2021);
- Presentazione di schede di progetto per fondi POR FESR e FSE secondo le direttive delle DGR 1522/2020 e 1721/2020, per costi riferiti ad acquisizione di beni sanitari, servizi e tecnologie finalizzati alla prevenzione e al contenimento del virus nelle strutture sanitarie e ospedaliere per la gestione dell'emergenza Covid-19, per complessivi 9.096.116 euro e per ulteriori costi riferiti al supporto a personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19 per 3.111.455 euro.

Infine si ricorda che, con nota PG/2021/0312100.U del 02.04.2021 sono state fornite dal livello regionale le indicazioni tecniche necessarie per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2020 ed invio al controllo regionale.
Causa riduzione attività ordinaria di gara nel periodo Covid (per totale riconversione del servizio acquisti di AO e AUSL Parma ad acquisto dpi) si è registrato un rallentamento complessivo nella programmazione che

si è verificato anche nel secondo semestre, in corrispondenza delle onerose attività di rendicontazione connesse alle spese sostenute. L'atto di programmazione biennale (aggiornamento masterplan) è stato approvato con atto deliberativo n. 552 del 10/09/2020, la programmazione aziendale 2020, causa ritardi covid, è stata definita con atto deliberativo n. 703 del 22/10/2020.
Diverse azioni sono state intraprese al fine di mantenere in equilibrio la gestione economica, sia con riferimento agli aspetti assistenziali sia a quelli di pura gestione tecnico-amministrativa.
Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2020, il piano dei fabbisogni è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione con particolare riferimento alla dirigenza medica. Nel periodo dell'emergenza COVID, in relazione alle crescenti necessità di assunzioni che venivano evidenziate dalle strutture sanitarie direttamente coinvolte, si è data risposta anche attraverso il reclutamento di figure atipiche (co.co.co, liberi professionisti, incarichi gratuiti) e la conseguente gestione economica e previdenziale. E' stato fornito supporto per l'avvio dello smart working "in forma semplificata" come previsto dalla decretazione d'urgenza. Si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale, nonchè del premio governativo previsto dal D.L. 18/2020.
Gli indicatori relativi all'Area economico-finanziaria, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
Costo pro capite totale	1.764,98	1.717,36	1.838,13	Mantenimento	1.784,42
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	55,67	54,52	58,39	Incremento	60,84
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.090,03	1.040,68	1.126,74	Mantenimento	1.104,87
Costo pro capite assistenza ospedaliera	623,71	625,25	653	Riduzione	622,74
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	100,2	89,17	89,64	Incremento	96,2
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	87,05	86,2	87,45	Mantenimento	88,21
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	162,27	160,23	169,37	Mantenimento	162,17
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,35	-18,12	N.D	Mantenimento	-13,83

Ottima la performance registrata in quest'area per tutti gli indicatori selezionati, ad eccezione del costo pro capite per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro su cui hanno inciso gli effetti della evoluzione della pandemia. In particolare l'Azienda ha raggiunto il miglior risultato a livello regionale nell'indicatore relativo al consumo di molecole non coperte da brevetto, frutto degli interventi di sensibilizzazione effettuati nei confronti dei prescrittori e nell'indicatore relativo al costo pro capite per l'assistenza distrettuale. Da segnalare il trend di miglioramento rispetto all'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

3.4.2. Area degli investimenti

Il Piano Triennale degli Investimenti 2020-2022 assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali 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. Il Piano delle Attrezzature 2020 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali, in continuità con il Piano Biennale 2018-2019, elaborato nel corso dello scorso anno e tenendo conto delle integrazioni in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con riferimento alle attività che alle dotazioni strutturali. Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione.

Realizzazione del piano Aziendale Case della Salute:

- Borgo Val di Taro: al 31/12/2020 la progettazione dell'intervento è stata sospesa sia a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID19, sia in relazione ad alcune valutazioni legate alle peculiarità del territorio ed alle sue necessità di assistenza e sono in fase di analisi, di concerto con la Direzione Sanitaria Aziendale, alcune ipotesi di diversa collocazione;
- I lavori di realizzazione della Casa della Salute di Fornovo, iniziati il 04/04/2019, sono stati ultimati il 09/12/2020;
- I lavori di realizzazione della Casa della Salute di Noceto sono stati ultimati il 22/06/2020, con ritardo dovuto all'emergenza sanitaria da COVID19;
- I lavori di realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro, sospesi durante l'emergenza sanitaria da COVID19, sono ripresi nel mese di maggio e la loro ultimazione è prevista per il 2021;
- La progettazione degli interventi di realizzazione della Casa della Salute di Via Verona è stata sospesa a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e sono attualmente in corso, di concerto con la Direzione del Distretto, alcune valutazioni sull'opportunità di realizzare un corpo in ampliamento all'edificio esistente, nel quale collocare i Medici di medicina Generale.

Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica: a causa dell'emergenza sanitaria da COVID-19, tutte le attività relative agli interventi di adeguamento o miglioramento sismico sono state sospese. Per tale motivazione, l'affidamento ed il concreto avvio dei lavori relativi alla Casa della Salute di San Secondo potrà avvenire solo al termine della fase emergenziale. Relativamente, invece, agli interventi di consolidamento strutturale connessi alla ristrutturazione del Comparto Operatorio di Borgotaro, gli stessi potranno essere affidati ed avviati solo al termine dei lavori di realizzazione della nuova sede dell'U.O. di Endoscopia, ritardati a causa dell'emergenza sanitaria e tutt'ora in corso.

Ampliamento Ospedale di Vaio: I lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso e di costruzione della nuova ala in ampliamento all'Ospedale di Vaio sono stati ultimati, ad eccezione di alcuni interventi previsti nella struttura ospedaliera esistente e dell'installazione dell'impianto di cogenerazione, entrambe sospesi a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19. Relativamente agli interventi previsti nella struttura esistente, sono in fase di valutazione alcune modifiche legate al diverso assetto delle attività ospedaliere e territoriali dopo l'emergenza sanitaria. I lavori di installazione del Cogeneratore sono invece ripresi ma l'avvio della fase di marcia controllata è procrastinato ai primi mesi del 2021 a causa del ritardo intervenuto nella fornitura dell'impianto stesso, dovuta all'emergenza sanitaria.

Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali: Tutte le attività previste relativamente all'adeguamento antincendio delle strutture poliambulatoriali sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria e sono riprese solo nel mese di maggio. Nel corso del 2° semestre del 2020 è stata completata la progettazione degli interventi necessari presso la Casa della Salute Pintor Molinetto (PR) e presso la Casa della Salute di Colorno. Sono invece ripresi i lavori di adeguamento della Casa della Salute di Langhirano e di Traversetolo, dei quali i primi sono stati sostanzialmente ultimati, mentre l'adeguamento della CdS di

Traversetolo è prevista entro l'estate del 2021 a causa della necessità di intervenire su impianti ed aree condominiali.

Piano Investimenti - progettazione e realizzazione: sono state completate le progettazioni relative alla ristrutturazione del Comparto Operatorio di Borgotaro ed all'ampliamento della Casa della Salute di Busseto . Le restanti attività verranno completate nel 2021. Tutte le attività non connesse all'emergenza sanitaria da COVID-19 hanno subito un notevole rallentamento e sono riprese con regolarità solo nel mese di maggio. Nel primo semestre 2020 sono stati comunque eseguiti lavori per complessivi Euro 993.000, mentre nel secondo semestre sono state realizzate opere per Euro 2.315.600. I lavori complessivamente eseguiti nel 2020 ammontano pertanto ad Euro 3.308.600

L' indicatore relativo all'Area degli investimenti ha registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2020	Risultato atteso 2020	Risultato raggiunto 2020
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	38,30	42,79		Aumento	28,40

Il risultato è in linea con quanto realizzato nel 2019, considerando gli effetti relativi alla gestione dell'evoluzione della pandemia da SARS-COV-2.

4. Conclusioni

La performance raggiunta dall'Azienda USL di Parma nel 2019 rispetto agli indicatori di valutazione selezionati per il monitoraggio del Piano della Performance è complessivamente buona, evidenziando, nello specifico, aree di eccellenza ed aree che presentano qualche criticità. Ottima la performance nell'Area Economico Finanziaria. Nell'Area dell'Accesso si registra per il secondo anno, da quando è stato impostato il sistema di monitoraggio, un abbassamento della performance, al di sotto del 90%, relativamente ai tempi di attesa prospettici per le visite ed il fenomeno è stato approfondito e si sono studiate soluzioni appropriate. Nell'Area della Produzione della Prevenzione si evidenziano criticità, già note ed oggetto di interventi correttivi, per quanto riguarda la vaccinazione antiinfluenzale degli anziani e gli screening (mammella e colon-retto). Alcune criticità si evidenziano nell'Area della Produzione Ospedaliera, rispetto alle quali sono state messe in campo importanti azioni di miglioramento come dettagliato nella specifica sezione.

Al momento della stesura non sono ancora disponibili sulla piattaforma INSIDER i risultati alcuni indicatori, dovuti al posticipo dei termini per la rendicontazione dei dati a causa dell'emergenza COVID.

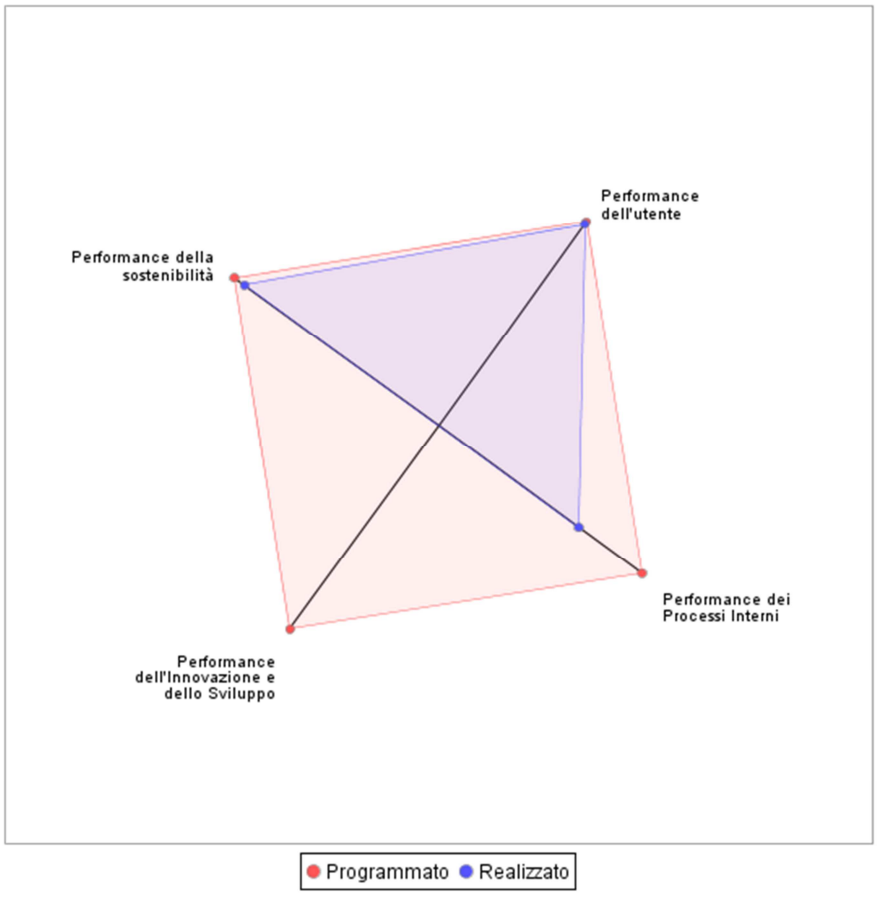
Di seguito si illustra sinteticamente il grado di raggiungimento dei soli obiettivi di valutazione elaborato tramite il sistema informatizzato aziendale (GZoom).

Il grado di raggiungimento percentuale della performance aziendale, considerando i soli indicatori di osservazione selezionati dalla Regione e disponibili in INSIDER, risulta essere dell'88.

Performance Ausl 2020 (situazione 31/12/2020)		Performance 88%

Nella tabella sotto riportata si evidenza sinteticamente la percentuale raggiunta per ogni dimensione e relativa rappresentazione grafica per i soli indicatori monitorati tramite InSider

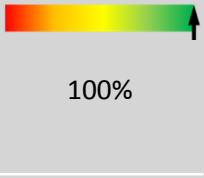
Dimensione	Performance
Performance dell'utente	99
Performance dei Processi Interni	69
Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Monitoraggio no attivo, indicatori aziendali non valorizzati
Performance della sostenibilità	95

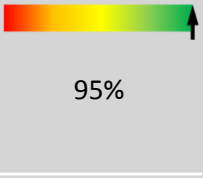


Di seguitosi evidenzia per ogni area della Performance la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, con esclusione degli obiettivi di osservazione o aziendali

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
1–Performance dell'Utente 99%	**1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**	100%
	1.2 - Area dell'integrazione	100%
	1.3 - Area degli Esiti	Monitoraggio non disponibile: indicatori di Osservazione

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
2 – Performance dei Processi Interni 69%	**2.1 - Area della Produzione**	42% (Al momento della pubblicazione mancano ancora indicatori dell'area della prevenzione)
	2.2 - Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	75%
	2.3 - Area dell'Organizzazione	Indicatori Aziendali
	2.4 - Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	Monitoraggio non disponibile: indicatori di Osservazione e Aziendali

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
3 - Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo 	**3.1 - Area della ricerca e della didattica**	Indicatori Aziendali
	3.2 - Area dello sviluppo organizzativo	Indicatori Aziendali

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
4 - Performance della sostenibilità 	**4.1 - Area economico-finanziaria**	95%
	4.2 - Area degli investimenti	Indicatori Aziendali

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2020 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione dello stato di avanzamento delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi DGR 1806/2020 “Obiettivi della Programmazione Sanitaria 2020 – integrazione DGR 2339/2019”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Commissario Straordinario allegata al Bilancio d’esercizio 2020.

2020

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

Stato di avanzamento delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della DGR 1806/2020 "Obiettivi della Programmazione Sanitaria 2020 - integrazione DGR 2339/2019"

Verifica al 31/12/2020

SOMMARIO

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

1.1 - Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18

1.1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 1

1.2 - Sanità Pubblica

1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi 3
1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive 4
1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 6
1.2.4 - Programmi di sceening oncologici 9
1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita 11
1.2.6 - Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie 12

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3.1 - Piano Regionale Integrato 13
1.3.2 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali 14
1.3.3 - Realizzazione dei controlli sui contaminanti 15
1.3.4 - Mantenimento sistemi informativi 16
1.3.5 - Tutela benessere animale 17

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

1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie 18

2 - Assistenza territoriale

2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 20

2.2 - Assistenza Territoriale

2.2 - Assistenza Territoriale 24
2.2.1 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa 26

2.3 - Ospedali di Comunità

2.3 - Ospedali di Comunità 32

2.4 - Assistenza Protesica

2.4 - Assistenza Protesica 34

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.5 - Cure Palliative

2.5 - Cure Palliative 35

2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette

2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette 39

2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita

2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita 40

2.7.1 - Percorso Nascita 41

2.7.2 - Salute riproduttiva 42

2.7.3 - Percorso IVG 43

2.7.4 - Procreazione Medicalmente Assistita 45

2.8 - Contrasto alla violenza di genere

2.8 - Contrasto alla violenza di genere 46

2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 - Contrasto al mattrattamento/abuso a bambini e adolescenti 49

2.9.2 - Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza 51

2.9.3 - Lotta all'antibioticoresistenza 53

2.9.4 - Promozione dell'allattamento 54

2.9.5 - Promozione della salute in adolescenza 56

2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico

2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico 57

2.11 - Formazione specifica in medicina generale

2.11 - Formazione specifica in medicina generale 58

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza 60

2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico

2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico 64

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri

2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri 65

2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici 66
2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER 68
2.15.2 - Obiettivi di appropriatezza ed equità 70
2.15.3 - Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate 78
2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico 79
2.15.5 - Farmacovigilanza 81
2.15.6 - Dispositivi medici 82
2.15.7 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi 83
2.15.8 - Attuazione LR 2/2016 85

3 - Assistenza Ospedaliera

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero 86

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero 92
3.2.1 - Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto 95
3.2.2 - Reti di rilievo regionale 98
3.2.3 - Emergenza Ospedaliera 103
3.2.4 - Centrali Operative e 118 104
3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule 106
3.2.7 - Volumi-esiti 107

3.4 - Sicurezza delle cure

3.4 - Sicurezza delle cure 109

3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari 111

SOMMARIO

4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR 112

4.1.2 - Le buone pratiche amministrativo-contabili 113

4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile 115

4.1.5 - Mobilità internazionale 117

4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi 118

4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane 121

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri 126

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza 128

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

4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali 132

4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 134

4.8 - Sistema Informativo

4.8 - Sistema Informativo 140

4.9 - La gestione del patrimonio immobiliare

4.9.1 - Gli investimenti 146

4.9.2 - Le tecnologie biomediche 150

4.9.3 - Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA 151

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

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

5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale 152

Piano delle Azioni 2020

Indice

Area obiettivi DGR		Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	91%	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18	100%	1.1.1 - Piano Regionale della Prevenzione	100%
		1.2 - Sanità Pubblica	97%	1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	100%
				1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	100%
				1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	
				1.2.4 - Programmi di sceening oncologici	83%
				1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	100%
				1.2.6 - Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie	100%
		1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	100%	1.3.1 - Piano Regionale Integrato	100%
				1.3.2 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali	100%
				1.3.3 - Realizzazione dei controlli sui contaminanti	100%
				1.3.4 - Mantenimento sistemi informativi	100%
				1.3.5 - Tutela benessere animale	100%
		1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	67%	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	67%
2 - Assistenza territoriale	86%	2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	96%	2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	96%
		2.2 - Assistenza Territoriale	72%	2.2 - Assistenza Territoriale	48%
				2.2.1 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	97%

Piano delle Azioni 2020

Indice

Area obiettivi DGR		Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale	86%	2.3 - Ospedali di Comunità	92%	2.3 - Ospedali di Comunità	92%
		2.4 - Assistenza Protesica	100%	2.4 - Assistenza Protesica	100%
		2.5 - Cure Palliative	96%	2.5 - Cure Palliative	96%
		2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	59%	2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	59%
		2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita	91%	2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita	99%
				2.7.1 - Percorso Nascita	88%
				2.7.2 - Salute riproduttiva	69%
				2.7.3 - Percorso IVG	100%
				2.7.4 - Procreazione Medicalmente Assistita	100%
		2.8 - Contrasto alla violenza di genere	88%	2.8 - Contrasto alla violenza di genere	88%
		2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale	97%	2.9.1 - Contrasto al mattrattamento/abuso a bambini e adolescenti	100%
				2.9.2 - Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza	100%
				2.9.3 - Lotta all'antibioticoresistenza	86%
				2.9.4 - Promozione dell'allattamento	99%
				2.9.5 - Promozione della salute in adolescenza	100%
		2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	42%	2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	42%
		2.11 - Formazione specifica in medicina generale	100%	2.11 - Formazione specifica in medicina generale	100%

Piano delle Azioni 2020

Indice

Area obiettivi DGR		Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale	86%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	92%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	92%
		2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico		2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico	
		2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri	100%	2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri	100%
		2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	81%	2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	91%
				2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER	100%
				2.15.2 - Obiettivi di appropriatezza ed equità	99%
				2.15.3 - Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate	100%
				2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico	50%
				2.15.5 - Farmacovigilanza	26%
				2.15.6 - Dispositivi medici	
				2.15.7 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi	
				2.15.8 - Attuazione LR 2/2016	100%
3 - Assistenza Ospedaliera	67%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	91%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	91%

Piano delle Azioni 2020

Indice

Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza Ospedaliera 67%	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero 93%	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	100%
		3.2.1 - Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	98%
		3.2.2 - Reti di rilievo regionale	98%
		3.2.3 - Emergenza Ospedaliera	93%
		3.2.4 - Centrali Operative e 118	92%
		3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	100%
		3.2.7 - Volumi-esiti	71%
	3.4 - Sicurezza delle cure 18%	3.4 - Sicurezza delle cure	18%
	3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	
4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa 87%	4.1 - Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA 75%	4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	100%
		4.1.2 - Le buone pratiche amministrativo-contabili	100%
		4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	100%
		4.1.5 - Mobilità internazionale	0%
	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi 99%	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	99%
	4.3 - Il governo delle risorse umane 100%	4.3 - Il governo delle risorse umane	100%
	4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri 100%	4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	100%

Piano delle Azioni 2020

Indice

Area obiettivi DGR		Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa	87%	4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	88%	4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	88%
		4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	75%	4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	75%
		4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	54%	4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	54%
		4.8 - Sistema Informativo	93%	4.8 - Sistema Informativo	93%
		4.9 - La gestione del patrimonio immobiliare	100%	4.9.1 - Gli investimenti	100%
				4.9.2 - Le tecnologie biomediche	100%
				4.9.3 - Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA	100%
5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	88%	5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	88%	5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	88%

Area obiettivi DGR	**1**	**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**	91%

Sub-area obiettivi DGR	**1.1**	**Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18**	100%

Settore obiettivi DGR	**1.1.1**	**Piano Regionale della Prevenzione**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**1.1.6.1**	**Piano Regionale della Prevenzione**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Si procederà ad attuare i programmi di applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025 previsti per l'anno 2020. 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. Anche nel 2020 le aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella	Nell'anno 2020, l'Azienda USL di Parma ha conseguito la valutazione del 98% degli indicatori sentinella (standard previsto dalla DGR n. 977/2019 di almeno il 95%)del Piano Regionale della Prevenzione 2015/2019, con il raggiungimento dell'obiettivo richiesto. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020/2025, promulgato solo recentemente con atto n. 127/CSR del 06/08/20 da parte della Conferenza Stato-Regioni. In tale contesto, si attende di acquisire l'atto di recepimento e di adozione del sopra citato Piano Nazionale della Prevenzione da parte della Regione Emilia - Romagna, la cui formalizzazione é prevista entro il primo semestre dell'anno 2021. Nel corso dell'anno 2020, alcune attività progettuali del PRP 2015/2019 sono proseguite, soprattutto nell'ambito scolastico con il mantenimento dell'ingaggio degli Istituti Scolastici provinciali che avevano aderito e hanno scelto di proseguire le attività educative. Inoltre, attività residuali del PRP 2015/2019 presenti in altri setting (1,2,3) sono state comunque effettuate.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**1.1.6.1**	**Piano Regionale della Prevenzione**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Indicatori sentinella con valore conseguito >=80% (Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		98,00%		100,00%
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni previste per il 2020 o loro adeguamento al piano	Piani attività dei Servizi	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	100,00%

Sub-area obiettivi DGR	1.2	Sanità Pubblica	97%

Settore obiettivi DGR	1.2.1	Epidemiologia e sistemi informativi	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.2	Epidemiologia e sistemi informativi	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi del PRP. Tra le sorveglianze da mantenere e consolidare: Sistema di Sorveglianza deli stili di vita e il registro regionale di mortalità	Il Sitema di soveglianza PASSI si è interrotto nel mese di febbraio a causa dell'emergenza Covid ed ha ripreso la piena attività nel mese di luglio. Si è cercato nel secondo semestre dell'anno di recuperare parte delle interviste sospese. AL 31/12 si è raggiunto il 95%. Effettuati nel rispetto della scadenza regionale (01/04/2020 - 30/10/20) l'invio dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2019 e nel primo semestre del 2020.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 almeno il 95% delle interviste PASSI programmate	Specifico flusso di riferimento	% >=	45,00%	95,00%	10,00%	95,00%	22,00%	100,00%
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2020 consuntivo 2018; ad ottobre 2020 completezza dati primo semestre 2020)	Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.2	Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione

Obiettivo	1.1.6.12	DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Garantire completezza dei flussi informativi relativi all'Emergenza Covid-19"	100%

Descrizione	Rendicontazione
Per la gestione del rischio Covid e il contenimento del contagio si è dovuto approntare un sistema dei sorveglianza e presa in carico dei casi e dei loro contatti stretti. Per una più efficiente gestione del dato epidemiologico e per rispondere ai debiti informativi nei confronti del livello ministeriale, è stato aggiornato il sistema SMI. L'obiettivo è garantire la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi relativi all'Emergenza da Covid-19, in termini di esisti di laboratorio, tamponi e sierologici, segnalazione e gestione casi positivi, ricoveri ospedalieri, decessi e relativie cartelle cliniche	La mediana dei giorni fra tampone diagnostico e prima registrazione, calcolata nel periodo totale è di 3 giorni, da luglio in poi 2 giorni. In merito alla necessità di garantire adeguate risorse per il contract tracing, isolamento e quarantena allo stato attuale il rapporto è di n. 1 operatore ogni 9.000 abitanti.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 2339/19 ; DGR 1806/20

Indicatore	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 annuale della mediana dei giorni trascorsi fra data di diagnosi e data di notifica alla Regione (indicatore a 5 giorni)	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Necessità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena (1 operatore ogni 10.000 abitanti)	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**1.1.6.8**	**Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale. Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI. Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alla DGR n. 828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi"	Nel corso dell'anno sono stati segnalati n. 8 casi di Dengue-Chikungunya-Zikas tutti notificati in regione e testati presso il laboratorio di riferimento. Tutti i casi di malattia infettiva pervenuti sono stati inseriti nell'applicativo SMI e risultano consolidate al 97%. La vigilanza su strutture turistico-recettive è stata limitata dalla chiusura delle stesse a causa del Covid-19. Si è ragginto l'obiettivo assegnato effettuandoi 31 sorpalluoghi su 400 strutture esistenti (7,75%)

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionale	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Schede casi malattie infettive inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite in applicativo SMI	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		97,00%		100,00%
% Strutture turistico-recettive esistenti/strutture turistico-recettive controllate	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		7,75%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.3	Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**1.1.6.9**	**Piano di Prevenzione vaccinale**			

Descrizione	Rendicontazione
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguiere l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.	L'attività vaccinale si è riprogrammata in funzione dell'evolversi dell'epidemia e delle priorità come indicato dalla Regione EMilia-Romagna. Nel 2020 si sono somministrate 21302 dosi di cui: • MIB 2157 • Herpes Zoster 1205 • Vaccinazioni migranti124 • Donne in gravidanza 1338 • Adolescenti 857 • Antinfluenzale 4490 • Viaggiatori 956 • Popolazione carceraria 29 Si è proceduto con la chiamata attiva coorte 2006 per meningococco e DTP e della coorte 1955 per Herpes Zoster e Pneumococco . Sono state programmate ed effettuate le sedute dedicate per le gravide DTP (considerate urgenze temporali). Dal mese di agosto sono state realizzate le sedute per la vaccinazione delle donne affette da CIN segnalate dal Servizio Salute Donna. In attesa dei dati consolidati per la copertura vaccinale HPV nella coorte nati 2007 ragazze/i e copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**1.1.6.9**	**Piano di Prevenzione vaccinale**			

Indicatore	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 per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2007	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		0,00%		
Copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		0,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**5.6.3.1**	**Piano di Prevenzione vaccinale**			

Descrizione	Rendicontazione
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguiere l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.	PRIMO SEMESTRE L'attività vaccinale nel primo semestre del 2020 ha subito un forte rallentamento a causa della Pandemia. Gli ambulatori delle Pediatrie di Comunità Distrettuali sono rimasti sempre aperti e attivi come indicato dalla Regione e dalla Direzione aziendale. In alcuni Distretti non è stato necessario procedere a riduzioni degli accessi, mentre per altri è stato necessario, al fine di non creare assembramenti e garantire il personale di supporto al Sisp nella gestione della pandemia. Sono state applicate le indicazioni fornite dalla Regione, sospendendo o rimandando alcune vaccinazioni. Le 10 vaccinazioni obbligatorie nella prima infanzia in alcuni casi hanno subito un posticipo solo per gli appuntamenti delle terze dosi a 11 mesi e una temporanea sospensione/rinvio delle chiamate dei 6 anni per la quarta dose . Anche la vaccinazione HPV ha visto una riduzione delle chiamate fino alla sospensione, soprattutto nel Distretto di Parma. L'attività ha risentito molto anche del mancato accesso dei genitori per il timore di possibile contagio. SECONDO SEMESTRE Nel secondo semestre solo alcuni distretti sono riusciti a completare il ciclo vaccinale per HPV con due dosi. Per quanto riguarda le 10 vaccinazioni obbligatorie è stato raggiunto e superato il 95% della copertura in attesa .

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**5.6.3.1**	**Piano di Prevenzione vaccinale**			

Indicatore	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 per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24°mese)	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,00%		
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2007	Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		33,00%		

Settore obiettivi DGR	1.2.4	Programmi di sceening oncologici	83%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	1.2.5.1	Programmi di screening oncologici	83%

Descrizione	Rendicontazione
Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target, con particolare attenzioneal percorso per il rischio eredo-familiare del tumore alla mammella.	Per quanto riguarda lo Screening collo utero e a fronte dell'emergenza Covid gli inviti a Test primario sono stati sospesi come previsto dal DPCM del 9 marzo 2020.Per quanto riguarda gli inviti spediti si e' cercato di privilegiare come possibile la comunicazione alle donne interessate, per rinvio dell'appuntamento, tramite segreteria telefonica e mail. Nei mesi di marzo e aprile per quanto riguarda il II livello di screening sono state garantite tutte le indagini di approfondimento dei test ad alto rischioclinico con recupero totale delle prestazioni sospese durante l'emergenza covid. L'AUSL di parma si e' attivata a seguito delle note "indicazioni per la rimodulazione delle attivita' di screening oncologico del 17 Aprile 2020 per poter riprendere nel mese di Maggio l'attivita' nelle sedi aperte nel rispetto di tutti i criteri di rendicontazione richiesti sia per l'utenza che per gli operatori SCREENING TUMORE MAMMELLA : Nonostante l'emergenza Covid19 abbia richiesto una sospensione dell'invio degli inviti per 3 mesi e abbia generato una minore adesione delle pazienti,si è provveduto a recuperare le pazienti sospese e si è continuato a sviluppare il progetto di copertura ed estensione con le cadenze richieste, a seconda della fascia di età, seppur con un numero di inviti all'ora dimezzato per permettere la sanificazione dei locali. SCREENING DEL COLON RETTO: Durante l'emergenza Covid, su indicazione della Regione Emilia Romagna il Primo livello dello screening è stato sospeso, pertanto gli inviti già recapitati ai cittadini dei comuni di Borgotaro, Salsomaggiore, il Quartiere Oltretorrente di Parma ed in parte il comune di Fidenza sono stati sospesi ed è stata inviata una lettera di annullamento da parte del Centro Screening. Alla ripartenza si è completamente modificata l'organizzazione dello screening anche nell'ottica di assicurare ai cittadini una partecipazione allo screening con la massima autonomia. I valori riportati nella rilevazione puntuale del flusso regionale dello screening CCR , a differenza degli altri 2 screening, sono effettuati fino al 30 novembre 2020 e pertanto sono da considerare parziali. L'estensione corretta calcolata risulta essere molto maggiore rispetto a questi valori

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.2.5.1**	**Programmi di screening oncologici**			83%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accetabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		57,00%		95,00%
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 70%, accetabile >60%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		50,80%		85,00%
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accetabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		34,00%		68,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.5	Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.10	Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita	100%

Descrizione	Rendicontazione
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017	A causa le contingenze nazionali, gli obiettivi iniziali e i piani di attività sono stati rimodulati, anche su indicazione regionale. La Regione E.R. ha modificato gli obiettivi numerici del servizio passando dal 9% al 6% delle PAT. Al 31 dicembre si è raggiunto comuqnue il 9,3%. L'ambulatorio di medicina del lavoro di Parma si dedica costantemente alla sorveglianza degli esposti ad amianto ed è rimasto a disposione di eventuali emergenze anche nel primo semestre dell'anno. Le iniziative di formazione sonoinvece state sospese per tutto l'anno

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 (delle PAT esistenti)	specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%	4,10%	9,30%		100,00%
Nr. cantieri rimozione amianto controllati sul totalepiani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%	12,00%	17,00%		100,00%
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Informazione e formazione: nr. Iniziative di formazione e formazione realizzate su iniziative programmate	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	0,00%		

Settore obiettivi DGR	1.2.6	Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.3	Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-assistenziale	100%

Descrizione	Rendicontazione
Assicurare quanto disposto con DGR 1943/2017 (requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie)	Tutte le strutture autorizzate sono state inserite nell'anagrafe regionale.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017 - DGR 977/19

Indicatore	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 e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/anno)	Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sub-area obiettivi DGR	1.3	Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	100%

Settore obiettivi DGR	1.3.1	Piano Regionale Integrato	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.4	Piano Regionale Integrato	100%

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella". Obiettivo è contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.	Gli indicatori sentinella sono monitorati e rendicontati sui sistemi regionali . Gli indicatori hanno raggiunto il valore richiesto dalla Regione Emilia-Romagna nonostante l'emergenza Covid

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1500 - DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano	Specifici flussi di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano >=80%		% >=		80,00%		95,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.3.2	Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.11	Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina	100%

Descrizione	Rendicontazione
Le aziende, oltre a quanto previsto nel PRI per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina, brucellosi ovi caprina, dovranno registrare i dati dei controlli ufficiali sul sistema nazionale SANAN (indicatore LEA 2018); le ispezioni per anagrafe ovocaprina andranno registrate sul portale nazionale VETINFO.	L'attività al 31/12 ha raggiunto le percentuali sotto indicate. * % Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN. (Ovicaprini 183 registrati su 185 effettuati + Bovini 206 registrati su 208 effettuati = 183+206/185+208 = 389/393 = 98,9%% * % Degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno = 100% * % Aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo. Portale nazionale VETINFO "Statistiche" = 14/370 3.78% (target da raggiungere 3%)

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno.	sistema SEER dell' IZSLER	% >=		100,00%	81,00%	99,00%		99,00%
% Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN.	sistema SISVET di VETINFO	% >=		80,00%	95,00%	100,00%		100,00%
% Aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo.	portale nazionale VETINFO "Statistiche"	% >=		3,00%	1,00%	4,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.3.3	Realizzazione dei controlli sui contaminanti	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.5	Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)	100%

Descrizione	Rendicontazione
Attuare controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari	Il Piano di controlli per la ricerca dei residui negli alimenti di roigine animale di fitossanitari è proseguito con riduzione attività nei mesi febbraio/giugno per dedicarsi all'emergenza Coviod-19. Al 31/12 sono stati effettuati n.106 campioni su 106 previsti dal Piano

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.	sistema nazionale NSIS	% >=		100,00%	41,00%	100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.3.4	Mantenimento sistemi informativi	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.6	Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati di sistema ORSA	100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Ausl dovranno garantire che i dati presenti in ORSA soddisfino il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN	Il sistema Orsa viene implementato regolarmente così come definito dalle repostistiche

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Idoneità dei dati Ausl presenti nel sistema regionale ORSA di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute	ORSA	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.3.5	Tutela benessere animale	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	1.1.6.7	Tutela del benessere animale	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire il controllo negli allevamenti garantendo la percentuale di controlli ufficiali previsti nel piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie, e benessere negli impianti di macellazione	Al 31/12 : (vitelli 100% x 0,2) + (suini 100% x 0,2) + (ovaiole 100% x 0,2) + (polli 100% x 0,2) + (altri bovini 100% x 0,2) = 100%

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 controlli ufficiali effettuati = %controllo per benessere in allevamenti di: (vitelli x 0,2)+(suini x 0,2)+(ovaiole x 0,2)+(polli da carne x 0,2)+("altri bovini" x 0,1)+(impianti di macellazione x 0,1)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	38,00%	100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**1.4**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**	67%

Settore obiettivi DGR	**1.4**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**	67%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo	**7.8.3.1**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**	67%

Descrizione	Rendicontazione
Implementare, proseguire, promuovere azioni relative alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro (cartella sanitaria e di rischio informatizzata, prevenzione patologie trasmesse per via ematica e/o aerea, vaccinazioni agli operatori sanitari)	La copertura antinfluenzale dei lavoratori dell' Azienda USL è stata attuata nei mesi di ottobre e novembre e proseguirà in febbraio, compatibilmente con la sovrapposizione della vaccinazione contro il Covid-19 negli operatori sanitari. Le vaccinazioni antinfluenzali effettuate complessivamente nel 2020 dai medici competenti sono pari a 1275, pari al 46% della forza lavoro. A queste vanno aggiunte le vaccinazioni che gli operatori hanno effettuato presso medici di medicina generale e presso Dipartimento di Sanità Pubblica, che saranno disponibili nel consuntivo prodotto dalla Regione ad aprile, sulla base di tutti i dati inseriti su Progetto Sole. E' pertanto credibile che la percentuale di vaccinati abbia superato il 51%. Tutti gli operatori sanitari e tecnico-sanitari vengono regolarizzati per la vaccinazione antiepatite B, antitetano-antidifterica e anti-varicella,morbillo, parotite e rosolia al momento della visita di assunzione e periodica. La revisione, relativamente alla sola terapia farmacologica prescritta dai colleghi infettivologici AOU, della procedura post-esposizione aziendale per infortuni a rischio biologico trasmissibile attraverso il sangue, verrà attuata nel 2021. I protocolli di controllo post-esposizione dei lavoratori infortunatisi vengono comunque regolarmente applicati e monitorati fino alla chiusura del periodo "finestra" di possibile infezione.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**7.8.3.1**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			67%

Indicatore	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 (o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 51% di copertura)	specifico flusso di riferimento	% >=		51,00%		51,00%		100,00%
Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/ immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		100,00%
Aggiornamento Procedura Post-esposizione aziendale a liquidi biologici contaminati da sangue con la nuova profilassi farmacologica indicata dall' UOC Malattie Infettive AOU Parma	Medico competente.	Sì/No	Sì	Sì	No	No	0,00%	0,00%

Area obiettivi DGR	**2**	**Assistenza territoriale**	86%

Sub-area obiettivi DGR	**2.1**	**Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**	96%

Settore obiettivi DGR	**2.1**	**Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**	96%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.2.2**	**Mantenimento dei tempi di attesa**			84%

Descrizione	Rendicontazione
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard	L'emergenza COVI19 ha condizionato l'accesso alle prestazioni specialistiche: è stata sospesa dal 9/03 al 31/05 l'erogazione delle prestazioni con priorità D, mentre è stata mantenuta quella con priorità B. Questa sospensione dell'erogazione ha comportato un aumento più che esponenziale delle richieste con priorità B per le quali, comunque, si è provveduto ad un aumento di offerta consistente con la riconversione di alcune disponibilità D. La quasi totalità delle prestazioni sospese sono state gestite e recuperate. Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	cruscotto regionale	% >=		90,00%	67,00%	61,19%		68,00%
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	cruscotto regionale	% >=		90,00%	92,00%	91,06%		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.2.3**	**Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo e della relativa sospensione delle attività ordinarie di specialistica ambulatoriale. La RER ha inoltre dato indicazione della sospensione del MALUS per tutto il 2020.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.947,00	53.241,00			
Nr. disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) valore rispetto al 2018	specifico flusso di riferimento	Numero >=			120.945,00			

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.2.4**	**Prescrizioni e prenotazione dei controlli**			98%

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizioni e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico l'utente	Nel periodo dell'emergenza COVID sono state sospese la maggior parte delle visite di controllo ad eccezione delle prese in carico di pazienti con patologie croniche di particolare gravità (es. oncologici) sia mantenedo alcuni appuntamenti che con la prestazione organizzativa delle teleconsulenze (video o telefoniche). Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	DGR 977/19	

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.2.4**	**Prescrizioni e prenotazione dei controlli**			98%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%).	ASA/ARMP/DEMA	% >=		70,00%	59,50%	81,58%		100,00%
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo.	CUP	% >=		55,00%	30,10%	53,00%		96,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.2.5**	**Monitoraggio prestazioni prenotazione on line sul CUPWEB regionale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale	Il dato non è significativo alla luce dell'emergenza COVID19 intercorsa nel periodo. Il dato riporta la generale prenotabilità delle prestazioni in tutti i regimi (ordinaria e urgenza) senza tenere conto delle ordinanze regionali di sospensione della prenotabilità ordinaria.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB/numero di viste e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP	cupweb	% >=		85,00%	99,44%	99,44%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	2.2.2.6	DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Riavvio dell'attività specialistica di cui alla DGR 404/2020"	100%

Descrizione	Rendicontazione
Elaborazione da parte delle aziende sanitarie del programma di riavvio dell'attività specialistica di cui alla DGR 404/2020, monitoraggio delle prestazioni sospese e di quelle recuperate, definizione del tempogramma del riavvio dell'attività ordinaria per singola specialità	Nel mese di ottobre sono state riavviate tutte le attività di specialistica ambulatoriale ordinarie e la quasi totalità delle prestazioni sospese sono state recuperate.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Mese di riavvio di tutte le discipline programmate target settembre	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.2	Assistenza Territoriale	72%

Settore obiettivi DGR	2.2	Assistenza Territoriale	48%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	2.2.2.1	Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	95%

Descrizione	Rendicontazione
Con DGR 330/2018 sono state istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) , nel 2020 tutte le Aziende devono istituire le AFT, dando evidenza della loro istituzione dell'adozione del regolamento per il loro funzionamento	Adozione del Documento di Istituzione e Regolamentazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie del 17/12/2015 e smi - Istituzione AFT (Nota PG 0000648 del 28/08/2019). Istituzione delle AFT: in corso di individuazione dei referenti e in attesa dell'Accordo Regionale.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 del regolamento per il funzionamento interno delle AFT	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Istituzione delle AFT e individuazione del referente AFT	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		90,00%		90,00%

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.3**	**Attivazione delle Agregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina specialistica ambulatoriale istituite con deliberazione 648/2019**	0%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2020 dovrà essere data attuazione all'atto deliberativo 648/2019 di istituzione e regolamentazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina specialistica ambulatoriale.	Nel primo semestre 2020, anche in conseguenza dell'emergenza COVID non si è proceduto alla individuazione dei referenti AFT e dei responsabili di Branca. Nomine necessarie alla attivazione delle AFT. Anche il secondo semestre 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza COVID che ha monopolizzato l'attività dei servizi e del personale medico specialista ambulatoriale. Non si è proceduto alla individuazione dei referenti AFT e responsabili di Branca.

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 919/18 - DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Individuazione della terna di candidati all'incarico di Referente AFT mediante votazione da parte degli specialisti componenti le AFT.	evidenza documentale	Sì/No		Sì		No		0,00%
Nomina dei Referenti AFT e attribuzione degli obiettivi	evidenza documentale	Sì/No		Sì		No		0,00%

Settore obiettivi DGR	2.2.1	Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	97%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza)	2.1.5.3	Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute	100%

Descrizione	Rendicontazione
In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture programmate nella pianificazione distrettuale, con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie. Nel 2020 è prevista l'attivazione delle seguenti Case della Salute (3 certe): Distretto di Parma: CdS Via XXIV maggio Distretto di Fidenza:CdS Noceto Distretto Sud-Est: CdS Monchio Distretto Valli T-C: CdS Fornovo	Rispetto alla attivazione delle Case della Salute previste per il 2020 ad ottobre è stata inaugurata la Casa della Salute di Noceto. Proseguono i lavori per l'attivazione delle Case della Salute di Fornovo e via XXIV Maggio e le azioni per l'avvio dei lavori di realizzazione della Casa della Salute di Monchio . A causa dell'emergenza sanitaria , l'apertura delle altre Case della Salute si trascinerà nei prossimi anni.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	2.1.5.4	Consolidamento indirizzi della DGR 2128/17	83%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.4**	**Consolidamento indirizzi della DGR 2128/17**			83%

Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale. Per il 2020, si definiscono i seguenti obiettivi: - Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità in attuazione al documento di indirizzo aziendale e attivazione di un sistema informatizzato di rilevazione delle prestazioni	Nelle Case della Salute attive sono stati formalizzati i board gestionali-organizzativi, anche in logica Hub&Spoke, che presidiano i percorsi attivati e promuovono l'integrazione tra i professionisti ed operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e di DCP. Sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento con particolare riferimento ai Referenti Clinici (MMG). Gli incontri di board hanno subito un forte rallentamento a causa dell'emergenza pandemica e ove possibile sono stati sostituiti con incontri in modalità video call ; gli argomenti trattati hanno riguardato prevalentemente le criticità legate all'emergenza sanitaria pandemica . L'attività degli ambulatori della cronicità ha fortemente risentito dell'emergenza pandemica Gli ambulatori della cronicità funzionano con regolarità, secondo gli indirizzi del documento aziendale formalizzato dalla Direzione Sanitaria, ed il processo di rilevazione della attività prosegue con il coordinamento del SIT aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		DGR 977/19

Indicatore	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 board gestionale-organizzativo	Verbali incontri	Numero >=		4,00		2,00		50,00%
Informatizzazione ambulatori infermieristici della cronicità	Atti SIT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle CdS hub) rispetto all'anno 2019	Specifico flusso di riferimento sistema informativo Case della Salute	Numero >=		17,00		17,00		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.5**	**Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.5**	**Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute**			
Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute sulle tematiche relative alla 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 programmazione prevista è già definita in tutti i distretti a partire dal mese di febbraio è stata sospesa per l'emergenza senza realizzare nessuno degli eventi previsti.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Programmazione e gestione a livello distrettuale di almeno 3 eventi rivolti alla cittadinanza	Relazione DCP	Numero >=		3,00				

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.6**	**Gestione integrata delle patologie croniche**			
Descrizione			Rendicontazione		
Proseguire il percorso di presa in carico integrata della BPCO e del Diabete di tipo 2 nelle Case della Salute, con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i ricoveri inappropriati attraverso tutte le risorse dell'assistenza territoriale			Prosegue la presa in carico dei pazienti nei percorsi di gestione integrata della BPCO e del Diabete Mellito di Tipo 2. Il PDTA del diabete è stato revisionato nel 2019 a seguito della emanazione delle Linee di Indirizzo Regionali ed ha assunto una valenza interaziendale, mentre il PDTA interaziendale della BPCO, strutturato nel contesto dell'Osservatorio della BPCO sviluppato nell'ambito del Percorso Academy (Cergas-Bocconi), è in corso di formalizzazione. Per sensibilizzare i professionisti sul tema della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati negoziati specifici obiettivi di budget sia con i Dipartimenti delle Cure Primarie che con i Dipartimenti Ospedalieri. In attesa dei dati di Profilo di Nucleo.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.6**	**Gestione integrata delle patologie croniche**			

Indicatore	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 ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO	Profili NCP	% <=		0,60%				
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Diabete	Profili NCP	% <=		0,20%				

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**2.1.5.7**	**Presa in carico Fragilità\Multimorbidità**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbidità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare e utilizzo di strumenti per la valutazione della soddisfazione dei pazienti e dei professionisti	Prosegue l'utilizzo dello strumento regionale "Profili di Rischio/Risk-ER". In tutti i Distretti è stato nominato un MMG referente per il Progetto Risk-ER, gli incarichi sono stati rivisti nel giugno 2020, con il compito di promuovere e sostenere l'utilizzo dello strumento (sono state distribuite le credenziali per accedere agli elenchi) e interfacciarsi con i medici referenti ospedalieri già individuati negli ospedali aziendali, e in Azienda Ospedaliero/Universitaria.L' accordo locale con i MMG contempla uno specifico impegno dei MMG nell'utilizzo dei Profili di Rischio e nella elaborazione dei PAC all'interno degli ambulatori per la cronicità. In tutti i Distretti sono stati fatti gli incontri per distribuire le credenziali di accesso al portale web e promuovere l'utilizzo dello strumento Risk-ER attraverso uno stile di lavoro integrato multidisciplinare in equipe, nell'ambito degli ambulatori infermieristici della cronicità . Proseguono le attività in merito all'utilizzo dei questionari PACIC e ACIC, pianificate in tutti i contesti Distrettuali, in particolare, presso la Casa della Salute di San Secondo P.se, la Direzione del DCP ha scelto di avviare all'interno della CdS una nuova iniziativa per il monitoraggio di un percorso: quello della bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Lo strumento ACIC, è stato pertanto somministrato alla rete di professionisti coinvolti nel percorso in esame: MMG, Infermieri, Specialisti" .

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**2.1.5.7**	**Presa in carico Fragilità\Multimorbidità**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2018 trasmessi in Regione.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Utilizzo Profili di Rischio	Atti DCP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Utilizzo questionari PACIC e ACIC in almeno 2 CdS per Distretto	Atti DCP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.8**	**Sistema informativo Case della Salute**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale. Utilizzo della reportistica strutturata presente nel Cruscotto Multidimensionale delle Case della Salute.	Il processo di alimentazione del Sistema Informativo Case della Salute è presidiato centralmente da un Referente Aziendale della Direzione Sanitaria, le informazioni sono raccolte ed inserite nel sistema in maniera sistematica e costante nel rispetto delle tempistiche indicate dal Servizio Assistenza Territoriale della RER. Particolare cura viene posta nel garantire la qualità del dato attraverso un confronto costante con i Referenti del Sistema Informativo individuati nei quattro Distretti.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18 DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.8**	**Sistema informativo Case della Salute**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza utilizzo report	Atti DCP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (comparto)	**2.3.2.1**	**Sistema informativo Case della Salute**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.	L'attività di inserimento/aggiornamento dai dati nel Sistema Informativo Case delle Salute, prosegue sistematicamente a seguito delle delle informazioni inviate dalle articolazioni aziendali interessate. Nel corso dell'anno 2020 si segnala in particolar modo l'attivazione della Casa della Salute di Noceto e l'assolvimento del relativo debito informativo regionale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	DGR 919/18 DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì	0,00%	100,00%
Coordinamento a livello aziendale delle attività distrettuali	Atti presso la Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.3**	**Ospedali di Comunità**	92%

Settore obiettivi DGR	**2.3**	**Ospedali di Comunità**	92%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.9**	**Ospedali di Comunità**			92%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Obiettivo del 2020sarà incrementare la valutazione multidimensionale con la realizzazione del PAI prima dell'accesso in OSCO	La rete provinciale delle cure intermedie comprende strutture derivate da riconversione di posti letto per acuti, quali la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto),l'Ospedale di Borgo Val di Taro (18 posti letto), strutture pubbliche territoriali quali il Centro Cure Progressive di Langhirano (6 posti letto) e strutture socio-sanitarie (6 posti letto nella CRA "San Mauro abate di Colorno" e 6 posti letto nella CRA di Collecchio). Le modalità organizzative di accesso sono differenti nei diversi contesti distrettuali, centralizzata nel Distretto Sud-Est, decentrata nelle diverse strutture nelle altre realtà. In tutti i contesti l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza ed è in previsione la attivazione di 3 posti letto presso la CRA "Val Cedra di Monchio delle Corti nel Distretto Sud-Est. Tutte le Strutture sono impegnate nella corretta alimentazione del flusso SIRCO. Per quanto riguarda il contenimento della degenza media entro i 20 giorni, processo su cui sono state sensibilizzate tutte le strutture, è fortemente condizionato dalle diverse tipologie di assistenza erogate nella rete delle cure intermedie provinciale (ospedale di comunità propriamente detto e lungoassistenza). Lo stravolgimento del normale assetto delle Cure Intermedie di San Secondo riportato nell'obiettivo 2.1.3.5 ha reso difficile il contenimento della degenza media entro i 20 giorni. Fino al 29.10 venivano infatti ricoverati pazienti post-COVID non dimissibili da ospedali per acuti in attesa di ingresso nelle CRA, che sono rimaste inaccessibili per alcuni mesi. Per quanto riguarda l'accesso previa valutazione multidimensionale/ realizzazione del PAI, è stato adottato uno strumento informativo che svolgesse la funzione di richiesta di accesso alle Cure Intermedie e di PAI semplificato. Nelle occasioni non frequenti di mancata compilazione di questa scheda venivano puntualmente acquisite prima del ricovero dettagliate informazioni telefoniche dalle case manager/ PUD dell' ospedale di Parma.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.9**	**Ospedali di Comunità**			92%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)	Banca dati SIRCO	Numero <=		20,00		23,14		84,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.4	Assistenza Protesica	100%

Settore obiettivi DGR	2.4	Assistenza Protesica	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	2.1.5.1	Assistenza protesica	100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2018 è stato formalizzato l'albo dei prescrittori inter-aziendale (Delibera n. 950 del 28/12/18), strumento necessario a perseguire l'appropriatezza prescrittiva, elemento qualificante per il miglioramento dei percorsi di assistenza protesica introdotto dal DPCM 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei LEA. Implementare i contenuti della DGR 1844/2018 ("Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico assistenziali. Linee di indirizzo") e individuare strumenti e modalità organizzative al fine di garantire un'omogenea applicazione sul territorio regionale Obiettivo del 2020 sarà la implementazioni di azioni di sostegno dei professionisti coinvolti nel processo in particolare dei prescrittori individuati nell'albo.	Nel 2020 è stata presa in considerazione la revisione dell'albo dei prescrittori, condivisa nel comitato della specialistica, in relazione all'inserimento dei nuovi professionisti e alle esigenze che si sono evidenziate estendendo la possibilità prescrittiva a professionsti/branche per l'ottimizzazione del percorso prescrittivo/ autorizzativo (es. inserimento palliativisti nell'albo) . Il percorso di sostegno dei professionisti coinvolti nel processo prescrittivo si è interrotto a causa dell'emergenza COVID; sono rinviati al 2021 i lavori del tavolo interaziendale con il coinvolgimento sia gli specialisti prescrittori che le direzioni per sistematizzare il processo di prescrizione. Dal punto di vista dell'informatizzazione, nel 2020, al fine di migliorare e facilitare le modalità prescrittive dei professionisti abilitati, è stato inserito il Modulo di Prescrizione direttamente nel Programma di refertazione in uso agli specialisti ("Percorso Semplice").

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18 DGR 977/19

Indicatore	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 azioni implementate	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.5**	**Cure Palliative**	96%

Settore obiettivi DGR	**2.5**	**Cure Palliative**	96%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE**			92%
Descrizione			**Rendicontazione**		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE**			92%

Si intende per domicilio la casa o la struttura residenziale (CRA, RSA) in cui è domiciliato o residente il malato. Per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia, le CP domiciliari sono costituite da interventi complessi e integrati per raggiungere la migliore qualità di vita per i pazienti a prognosi limitata. Le CP domiciliari sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) composta da Medico di Medicina Generale (MMG), infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). L'UCPD adotta quali strumenti di condivisione professionale le riunioni periodiche d'equipe e la cartella integrata. L'UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. Il MMG esplica la sua professionalità e coordina il livello base dell'UCPD che il medico palliativista integra con la propria consulenza. Il livello specialistico è coordinato dal medico palliativista, che in accordo con il MMG, assume la responsabilità clinica del caso. L'infermiere case manager coordina i diversi interventi e supporta l'integrazione dei diversi professionisti. L'equipe dell'UCPD individua il livello, di base o specialistico, nel quale il paziente può trovare la risposta più adeguata ai suoi bisogni clinico-assistenziali. L'equipe con competenze di cure palliative di base deve garantire il controllo dei sintomi, un'adeguata comunicazione, il supporto sociale, psicologico e spirituale al malato e alla sua famiglia. L'equipe specialistica si attiva in funzione dell'aumento della complessità dei bisogni dei pazienti, che è determinata dall'instabilità clinica, dai sintomi difficili o refrattari, incluso il distress psicologico e spirituale, dalla necessità di un particolare supporto alla famiglia e la risoluzione dei quesiti etici. Gli interventi dell'équipe dell'UCPD devono essere programmati 7 giorni su 7 garantendo la pronta disponibilità medica sulle 24 ore anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale solo se opportunamente formati. Gli infermieri che compongono l'UCPD sono dedicati, cioè formati e dedicati nel loro tempo-lavoro alle cure palliative, salvo aree geografiche di piccole dimensioni, in cui non è possibile un'organizzazione con infermieri esclusivamente dedicati

Il nodo domicilio della RLCP, come da documento del 2018: Protocollo Attuativo RLCP, è stato progressivamente strutturato, e presentava tra i professionisti dedicati, all'inizio del 2020, 2 medici palliativisti per un tempo del 80 % sul totale delle ore settimanali, un pool di MMG - 16 certificati dalla RER e 11 con specialità equipollente- competenti presso il Distretto di Fidenza, un'area infermieristica ADI formata in 2 distretti su 4 attiva nel percorso di cura palliativo. Il MMG, come lo specialista territoriale e ospedaliero, attiva la consulenza specialistica. Il MMG è coinvolto nel percorso di cura quale responsabile terapeutico del caso. La pandemia ha rimodulato il processo di cura a causa dei cambiamenti che nel 2020 si sono realizzati. Nei mesi di marzo e aprile le attività sono state sospese secondo quanto previsto dalla normativa regionale. La ripresa dell'attività ha scontato problematiche organizzative quali la ridotta attività specialistica ambulatoriale, la copresenza di malati Covid domiciliari e le attività di tamponamento/monitoraggio della cittadinanza. Nei restanti mesi dell'anno le viste domiciliari hanno ripreso la loro normale attività .
Le attività svolte dimostrano che nonostante le problematiche organizzative – risorse umane, nuove attività domiciliari, attività ospedaliera, la RLCP ha corrisposto al nodo domicilio con tutte le professionalità coerenti con i bisogni.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE**			92%

per il loro tempo-lavoro, questi possono utilizzare parte del tempo anche per seguire pazienti non in CP. Nel 2018, i malati terminali oncologici e non oncologici assistiti in ADI sono stati, rispettivamente, 461 e 516, mentre i malati oncologici non terminali sono stati 448. Nel 2018 sono deceduti 799 pazienti assistiti in ADI per un totale di 6005 giornate di cure palliative erogate a domicilio. Nel 2018 il numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati tumore è stata -18,18% in meno rispetto al 2017. Nei primi nove mesi del 2019 sono state attivate solo 16 Cure Palliative di Base (TAD 6) e nessuna Cura Palliativa Specialistica (TAD 7). Nei primi 11 mesi del 2019 sono state erogate, dai 2 medici palliativisti, 328 visite domiciliari palliative.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - Banca dati ADI 2018 RER SISEPS

Indicatore	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 delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di Base e Specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015 e DPCM 12/01/2017	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. deceduti per causa di tumore	Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		38,30%		77,00%
Nr. Annuo giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore (incremento rispetto al 2019)	Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		7,14%		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo	**5.1.2.3**	**FORMAZIONE E INFORMAZIONE SULLA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE DELLA PROVINCIA DI PARMA**	100%

Descrizione	Rendicontazione
1) attivare programmi formativi aziendali specifici in CP, sulla base di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (“Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e terapia del dolore”); 2) garantire il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e il diritto ad una adeguata informazione sulla modalità di accesso ai servizi della rete attraverso la realizzazione di campagne informative sugli aspetti organizzativi e funzionali della rete locale di servizi dedicati alle cure palliative; 3) definire e realizzare programmi di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull’organizzazione della rete locale e sulle modalità di accesso anche in accordo e con il contributo delle associazioni di volontariato e nonprofit operanti nel settore.	L'attività formativa espressa nel documento del 2018, si è svolta nel 2020 secondo le direttive regionali. - Il Corso Regionale di Formazione è stato iniziato ed è stato eseguito un solo incontro in febbraio 2020 a Bologna con i componenti del Laboratorio Regionale, successivamente sospeso a causa dell'emergenza COVID per tutto il 2020, come comunicato dalla RER. -La formazione del personale coinvolto nel reparto di 20 letti “Cure Palliative Covid-19”si è svolto nel mese di marzo e aprile per un totale di 20 professionisti tra infermieri OSS da parte dell’area medica palliativista (n. 2 medici e 1 fisiatra) e della Direttrice dell’Hospice di Fidenza e dal team delle Cure Palliative di Borgo Taro che ha fornito e condiviso protocolli e procedure adattati al Covid. La formazione in CP nello stesso periodo ha coinvolto anche l’area medica del presidio di Vaio al fine di offrire ai malati Covid la migliore risposta terapeutica. L’attività si è svolta presso i reparti di degenza e nelle riunioni quotidiane e settimanali. -Nei mesi di settembre-dicembre è proseguita la formazione presso l’Hospice di Langhirano da parte di uno dei 2 medici palliativisti della rete. -Alla fine di novembre la Rete delle cure palliative partecipa su mandato dell’AUSL ai tavoli di unificazione della AUSL-AOU con incontri programmati multidisciplinari e multiprofessionali sugli obiettivi affidati.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Legge 38/2010 - DGR 560/2015 - DGR 1770/2016 - DPCM 12/01/2017 - DGR 977/2019 - DGR 1131/2015

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 della realizzazione, all'interno dei siti aziendali, delle pagine web dedicate alla rete di cure palliative	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla RLCP	atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della RLCP	atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza della partecipazione al Corso Regionale di Formazione	atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.6	Continuità Assistenziale - dimissioni protette	59%

Settore obiettivi DGR	2.6	Continuità Assistenziale - dimissioni protette	59%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	2.1.5.10	Continuità assistenziale - dimissioni protette			59%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire una tempestiva presa in carico della persona in dimissione protetta	Il tema della continuità assistenziale ospedale-territorio è stato affrontato congiuntamente da Azienda USL ed Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma e sono stati adottati i nuovi protocolli per migliorare il percorso di dimissione protetta. In particolare è stato implementato un percorso di consulenza geriatrica (Unità Mobile) agito dall'équipe della Lungodegenza Critica di AOU a favore degli ospiti delle CRA (in fase iniziale CRA "I Tigli" di Parma e CRA di Collecchio) che si sviluppa sia attraverso contatti telefonici di consulenza al Medico di Diagnosi e Cura che mediante accessi diretti in struttura. Nei casi critici è prevista la possibilità di accoglienza/ricovero diretto senza accesso al Pronto Soccorso; questa opportunità consente di contenere gli accessi in PS, contribuendo anche a ridurre i ricoveri impropri. 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'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est). La realizzazione del Punto Unico di Dimissione (PUD) consente di facilitare le dimissioni, migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. presa in carico (PIC) entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera	INSIDER	% >=		50,00%		29,46%		59,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.7	Materno Infantile - percorso Nascita	91%

Settore obiettivi DGR	2.7	Materno Infantile - percorso Nascita	99%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	2.4.4.1	Percorso nascita - AREA CONSULTORIALE	99%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire assistenza appropriata alla gravidanza ed al puerperio, incoraggiare l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento della continuità assistenziale. Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantire assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo	Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica alla gravidanza fisiologica; è stata incoraggiata l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento per la continuità assistenziale. A tutte le gravide della provincia di Parma che si rivolgono ai Consultori Familiari, viene offerto in modo attivo il test combinato secondo le indicazioni dei nuovi LEA. Viene garantita, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, l'esecuzione del test combinato anche alle gravide seguite privatamente. E' stata garantita la presa in carico delle gravide attraverso una serie di azioni che partono dalla fase preconcezionale, alla fase della gravidanza, del post-parto, con il progetto della dimissione appropriata e del puerperio. Particolare attenzione è rivolta alle donne straniere, alle donne con bassa scolarità e alle donne con disagio psico-sociale.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/ totale parti di residenti. (rispetto a media 2018)	CEDAP	Numero >=		52,00	52,75	51,36		99,00%

Settore obiettivi DGR	2.7.1	Percorso Nascita	88%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	3.2.5.9	Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico	88%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire l'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto, e riducendo il ricorso al taglio cesareo. Azioni messe in atto per garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascite a seguito del superamento dei punti nascita.	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività di assistenza al parto è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è possibile. Con il graduale riavvio dell'attività di assistenza al parto il perseguimento degli obiettivi indicati è slittata al 2° semestre. I dati relativi al percorso nascita che vengono prodotti dai report CEDAP sono riferiti ai primi 9 mesi del 2020. Da precisare :l'indicatore n.3 "Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB non è pertinente per il Presidio Ospedaliero aziendale; non è invece ancora disponibile la % di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 tagli cesarei primari SPOKE	CEDAP	% <=		15,00%		17,00%		87,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2018 spoke con numero parti >=1.000)	CEDAP	% <=		9,00%		11,00%		78,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2018)	CEDAP	% <=		7,00%				
% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.	CEDAP	% <=		8,00%				
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.7.2	Salute riproduttiva	69%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	2.4.4.7	Salute riproduttiva -AREA CONSULTORIALE	69%

Descrizione	Rendicontazione
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali. Favorire l'accesso ai CF degli adolescenti (14-19 anni) e garantendo l'apertura di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) per la perseverazione della fertilità	E' ben consolidata l'attività dello Spazio Giovani per favorire l'accesso agli adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 19 anni ed in particolare a quelli di origine straniera. L'apertura dello Spazio Giovani Adulti in tutti i distretti dell'AUSL di Parma è stata organizzata seguendo le normative dettate dall'emergenza Covid19, pertanto si sono garantite le urgenze e le attività ordinarie sono state svolte con la modalità "on line" fino a maggio 2020. Da giugno 2020 le attività di presenza sono ricominciate regolarmente attraverso accessi solo previo appuntamento.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.	sistema SICO	% >=		7,00%	5,55%	4,82%		69,00%

Settore obiettivi DGR	2.7.3	Percorso IVG	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione

Obiettivo	2.4.4.2	Percorso IVG - AREA CONSULTORIALE	100%

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con l'anno precedente anche nel 2020 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico	Nei consultori familiari non si è mai interrotto il percorso IVG che è sempre stato tutelato anche in fase di lockdown. I dati rilevati al 31/12/2020 mostrano il raggiungimento degli obiettivi assegnati nonostante il percorso abbia subito dei rallentamenti in corso di pandemia.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	rilevazione IVG	% <=		25,00%	21,93%	15,38%		100,00%
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.	rilevazione IVG	% >=		34,00%	32,14%	36,80%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione

Obiettivo	3.2.5.3	Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico	100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2020 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. Nel 2° semestre 2020 la percentuale di IVG chirurgiche con un attesa superiore alle 2 settimane presso l'ospedale di Fidenza è stata del 16,67%. Riguardo l'indicatore <% IVG mediche di residenti/ totale IVG di residenti> il dato di PO si è attestato al 34%.

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.2.5.3**	**Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico**			100%
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	rilevazione IVG	% <=		25,00%		16,67%		100,00%
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	rilevazione IVG	% >=		34,00%		34,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.7.4	Procreazione Medicalmente Assistita	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	3.2.5.15	Procreazione Medicalmente Assistita	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA .	L'attività della PMA è stata interrotta nel 1° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Gli obiettivi slitteranno nel 2° semestre 2020. Nel secondo semestre è ripresa l'attività di PMA di I livello, garantendo l'applicazione delle DGR 972/2013 e 1487/2014. Il tempo di attesa massimo per la prima visita è di 30 giorni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.7.4)

Indicatore	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	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.8	Contrasto alla violenza di genere	88%

Settore obiettivi DGR	2.8	Contrasto alla violenza di genere	88%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.4.4.5**	**Contrasto alla violenza di genere**			75%

Descrizione	Rendicontazione
In continuità con il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi: -mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti - monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna) - collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto - partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto “Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere” - definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere	Si è consolidata l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza" anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro e di formazione dei professionisti. A causa del'emergenza Covid 19 tali attività si sono svolte attraverso videoconferenze on line. Si è verificato un aumento di accessi/contatti al centro anche grazie alla diffusione/informazione a mezzo mass-media (interviste, quotidiani ecc.). Si è svolto on line un evento formativo sul progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere." Inoltre la formazione erogata ha interessato fra gli altri, personale scolastico, personale socio-sanitario territoriale e dei presidi ospedalieri. I dati sul numero di partecipanti all'evento sono disponibili sulla piattaforma FAD di AUSL di Piacenza. Si segnala un aumento dei contatti al Centro e del numero di uomini in carico. Il numero totale di unomini in trattamento nel 2020 è pari a 28 di cui nessuno ha concluso il percorso intrapreso.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.8)

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.4.4.5**	**Contrasto alla violenza di genere**			75%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Partecipanti alle 20h di formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ Nr. totale iscritti alla formazione	piattaforma FAD Ausl Piacenza	% >=		70,00%		84,20%		100,00%
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2020 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2020 nel centro LDV	rendicontazione aziendale	% >=		60,00%	0,00%	0,00%		0,00%
Nr. Contatti al centro LDV (> dato 2019)	rendicontazione aziendale	Numero >=		35,00	61,00	128,00		100,00%
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**4.1.3.1**	**Contrasto alla violenza di genere**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Per il 2020 si definisce il seguente obiettivo: - definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere.	A causa della pandemia che ha determinato un sovraccarico di impegno all'interno dei servizi per affrontare la situazione emergenziale, nel primo semestre è stata sospesa l'attività dei tavoli distrettuali. Nel secondo semestre i tavoli distrettuali hanno ripreso l'attività in autonomia, anche con incontri operativi di confronto sui casi.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.8)

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**4.1.3.1**	**Contrasto alla violenza di genere**			100%

Indicatore	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 di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere	Rendicontazione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.9**	**Salute in età pediatrica e adolescenziale**	97%

Settore obiettivi DGR	**2.9.1**	**Contrasto al mattrattamento/abuso a bambini e adolescenti**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.2**	**Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione DGR 1677/2013 anche attraverso un programma formativo specifico. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti. Contribuire alla realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio allontanamento.	Durante tutte le fasi dell'emergenza pandemica è stata garantita con pronta disponibilità 7g/7 la funzione di supporto e raccordo con Servizi Sociali Territoriali, DSP, Ospedale e del Bambino in merito a: -prevenzione delle possibili criticità emergenti nelle strutture della DGR 1904 e sm: ingressi, quarantene in caso di contagi/malattie di educatori e/o minori, sospensione dei rapporti con famiglia di origine; -in caso di ricoveri urgenti dei genitori per patologie Covid-19 relate o altre patologie, su segnalazione dei nodi sanitari e sociali della rete. È stata proseguita la funzione di raccordo, coordinamento, sorveglianza attiva e proattiva per il superamento dello stato di abbandono del minore mediante interventi di supporto sociosanitario; -è proseguita la funzione di filtro, orientamento, coordinamento per l'esecuzione dei tamponi orofaringei, valutazioni cliniche preliminari all'ingresso dei minori in RTI e al collocamento fuori famiglia nelle Comunità autorizzate ai sensi della DGR 1904/2011, su segnalazioni dei Servizi Sociali e della NPIA. Proseguita la funzione di sostegno alla realizzazione degli interventi di prevenzione,tutela e cura dei minori. Nel secondo semestre si è proceduto ad integrare i percorsi della violenza di genere e della violenza assistita (violenza domestica) nell'ambito delle attività di sensibilizzazione e diffusione della legge n. 69 del19/07/19 nel Gruppo provinciale sulla violenza di genere (vedi Obiettivo 8). Con riferimento a quanto previsto dagli accordi distrettuali nell'area degli interventi integrati nella Tutela minori, ai sensi anche della DGR 1677/13, la presa in carico di tutti i minori vittime di abuso e maltrattamento è stata realizzata in integrazione multiprofessionale tra Servizi Sanitari della NPIA e Sociali territorialmente competenti.

Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.9)

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.2**	**Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso.	flusso SISAMER	% >=		80,00%		100,00%		100,00%
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti	rendicontazione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.9.2	Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	2.5.2.1	DGR 2339/19 (ex DGR 977/19) -Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 3/2018	100%

Descrizione	Rendicontazione
Dare attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi	Il personale e' stato formato e l'applicazione sui nuovi casi ha raggiunto pienamente il valore target programmato.

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 977/19

Indicatore	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 della classificazione CD0 - 3R per i nuovi casi	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		50,00%		70,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione

Obiettivo	2.5.2.2	DGR 2339 (ex DGR 977/19) - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 1/2017	100%

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione alla circolare 1/2017 (percorsi di cura e salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti) in particolare per accesso, equipe multiprofessionali funzionali e potenziamento di percorsi emergenza	

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 977/19

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.5.2.2**	**DGR 2339 (ex DGR 977/19) - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 1/2017**			100%

Indicatore	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 di punti di accesso dedicati agli adolescenti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		100,00%
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.5.2.3**	**DGR 2339/19 (ex DGR 977/19) -Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Unità di Strada per la prevenzione dei rischi**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire la presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	Prosegue la regolare attività dell'Unità di Strada del Programma Dipendenze Patologiche, presente stabilmente sul territorio urbano

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 977/19

Indicatore	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 di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.9.3	Lotta all'antibioticoresistenza	86%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	5.6.3.2	Lotta all'antibiotico resistenza	86%

Descrizione	Rendicontazione
Distribuire ai PLS i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età < 14 anni,come rilevato tramite flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto tra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	A causa dell' emergenza sono state sospese le attività di confronto sui Profili Pediatrici. L'andamento della pandemia ha influenzato la prescrizione degli antibiotici in età pediatrica in quanto la minor frequentazione di ambienti comunitari ha evitato il propagarsi di diverse patologie .

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con più 800 assistiti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00				
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con meno di 800 assistiti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00				
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica .	SIVER	Numero <=		751,64		377,54		100,00%
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato.	SIVER	Numero >=		1,50		1,09		73,00%

Settore obiettivi DGR	2.9.4	Promozione dell'allattamento	99%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	2.4.4.3	Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE	100%

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale): Aziende USL con valore 2018 < 10%:mantenimento o ulteriore riduzione. Aziende USL con valore 2018 >=10%: < 10%	Nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita", è stata garantita l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno attraverso strumenti informatici (sostegno on-line e videochiamate). Nei casi più critici l'assistenza di sostegno alle puerpere si è svolto in presenza. Si è consolidato un notevole miglioramento nella raccolta dati con conseguente riduzione del numero delle schede con dati mancanti.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	AVR	% <=		10,00%	4,42%	3,51%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	2.4.4.4	Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE	96%

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento: A 3 mesi: >55% a 5 mesi >40% e comunque aumentato rispetto al 2018	Si è rilevato un netto miglioramento dei tassi di prevalenza di allattamento a 3 mesi (sopra la media regionale) a 5 mesi invariato rispetto al 2019, anche se inferiore alla media regionale . In occasione della SAM sono stati organizzati incontri ed eventi per la promozione dell'allattamento al seno in collaborazione con l'Associazione Futura.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.4.4.4**	**Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE**			96%
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a 5 mesi.	Flusso AVR	% >=		40,00%	38,67%	36,89%		92,00%
% allattamento completo a 3 mesi.	Flusso AVR	% >=		55,93%	59,92%	56,14%		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.3.3**	**Promozione dell'Allattamento - Pediatria di Comunità**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)	L'indagine sull'allattamento si esegue da marzo a novembre di ogni anno; non viene prodotta rendicontazione semestrale da parte della regione. Nel 2020 l'allattamento completo a 3 mesi è pari a 57,33% (59,92% nel 2019), l'allattamento completo a 5 mesi 43,91% (38,67% nel 2019); il non allattamento a 3 mesi è pari a 17,99% (nel 2019 17,25%) , il non allattamento a 5 mesi è pari a 24,28% (nel 2019 26.34%). Da segnalare l'incremento delle schede perse al 5,16% rispetto al 4,42% del 2019.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	FLUSSO AVR	% <=		10,00%		5,16%		100,00%
% Allattamento completo a 3 mesi.	FLUSSO AVR	% >=		55,00%		57,33%		100,00%
% Allattamento completo a 5 mesi.	FLUSSO AVR	% >=		40,00%		43,91%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.9.5	Promozione della salute in adolescenza	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	2.4.4.6	Promozione della salute in adolescenza - AREA CONSULTORIALE	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità	L'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali a causa emergenza Covid è stata svolta online; alcuni operatori hanno svolto smart working ed il punto di accoglienza dello spazio giovani e l'orario di apertura del Centro si sono adeguati alle normative dettate dall'emergenza Covid 19. I nostri dati identificano un aumento dell'indicatore.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione della salute e sessualità/popolazione target (14-19 anni).	rilevazione annuale del servizio Assistenza Territoriale	% >=		19,00%	17,92%	21,67%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.10	Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	42%

Settore obiettivi DGR	2.10	Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	42%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	2.5.2.4	DGR 2339/19 (ex DGR 977/19) - Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico	42%

Descrizione	Rendicontazione
Dare piena applicazione al Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con spettro autistico (DGR 212/2016)	Il dato e' al disotto delle attese anche in relazione alla necessita' di migliorare la dotazione del personale

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	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
Tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0 - 6	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	Numero <=		60,00		100,00		33,00%
Nr. ore settimanali di trattamento del soggetto con D.A. nella fascia 0 - 6	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	Numero >=		4,00		2,00		50,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.11**	**Formazione specifica in medicina generale**	100%

Settore obiettivi DGR	**2.11**	**Formazione specifica in medicina generale**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**
Obiettivo	**7.4.2.1**	**Formazione specifica in medicina generale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Favorire la realizzazione di percorsi formativi dei medici iscritti al coso di formazione specifica in medicina generale, individuare la rete dei tutor.	Il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017. La Rete dei Tutors per la formazione specifica in Medicina Generale era stata formalizzata con la Nota Prot. 0078627 del 22.11.2017 ma, a causa di cessazioni per pensionamenti, trasferimenti, ecc., si sta provvedendo ad un aggiornamento dei nominativi dei professionisti che possano svolgere tale ruolo. Durante il secondo semestre si è continuato ad aggiornare l'elenco dei nominativi che possano rivestire il ruolo di Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, considerando anche il fatto che nel 2020 l'AUSL di Parma è stata individuata dalla Regione Emilia-Romagna sede didattica del Corso di formazione specifica in Medicina Generale - Triennio 2019/2022. Durante il 2021 sarà formalizzata la Rete dei Tutor e sarà aggiornato il documento di sintesi sopra menzionato relativo l percorso di accesso dei medici iscritti al Corso alle attività formative presso le varie strutture aziendali. Durante il secondo semestre del 2020 è stata stilata una relazione sul funzionamento della Rete dei Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, agli atti presso la sede della SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**
Obiettivo	**7.4.2.1**	**Formazione specifica in medicina generale**			100%

Indicatore	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 sintesi sulle azioni intraprese	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Relazione sul funzionamento della rete	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.12**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**	92%

Settore obiettivi DGR	**2.12**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**	92%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.3**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			83%

Descrizione	Rendicontazione
Attuazione in ogni ambito distrettuale, in collaborazione con gli EE.LL, del programma regionale per il ""Durante e Dopo di Noi"" (DGR 733/17 e 291/19) a favore di persone con grave disabilità prive di sostegno dei familiari e del PSSR Realizzazione in ogni distretto di almeno una iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari, anche in collaborazione con il volontariato Rafforzare le iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali anche valorizzando la relazione con i gestori, MMG, associazioni di volontariato, famiglie e favorendo la partecipazione di gestori delle piccole strutture sino a 6 pl. Qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea sia nel caso di dimissioni ospedaliere protette sia nel caso di sollievo del care-giver Corretta applicazione finanziamento FNA che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità; su richiesta del Ministero dovranno essere inseriti i dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza	Il verificarsi della pandemia da COVID-19 ha impedito lo svolgimento di parte delle attività di programmazione delle risorse regionali e della realizzazione di servizi ed iniziative. Relativamente alle progettualità della L. 112/2016 (dopo di Noi), nel corso del 2020, a causa della contingenza pandemica, non è stato possibile avviare progettualità innovative: i territori hanno dato continuità ad alcune azioni già messe in campo nel corso del 2019 e finanziate con le risorse 2019, in quanto al 31/12 non è pervenuta alcuna comunicazione da parte della Regione in merito al riparto 2020. Fra le attività che si è reso necessario sospendere, vi sono quelle connesse alla “Scuola di Autonomia”. Sono stati attivati, in modalità remoto, incontri con il gruppo di lavoro per la stesura della guida ai servizi a favore dei caregiver e per la formazione ai caregiver ed agli operatori dei servizi (DGR 2318/19). Come indicato al precedente Obiettivo 3, le iniziative rivolte alla sperimentazione per la prevenzione del maltrattamento nelle strutture per anziani non sono state realizzate a causa della situazione pandemica, che ha precluso la possibilità di effettuare interventi in loco. Ciononostante, gli elementi raccolti nell’attività formativa svolta nel corso del 2019 con gli operatori delle strutture e dei servizi territoriali per anziani, si sono resi utili per evidenziare le criticità e le possibili aree di miglioramento riguardo alla prevenzione del maltrattamento all’interno delle strutture per anziani. Il lavoro è comunque proseguito con l’individuazione di un percorso di miglioramento in alcune aree di intervento che si sono rilevate quelle con maggiori criticità da proporre, alle strutture nel corso del 2021. Viste le ristrettive norme anti Covid che per tutto il corso del 2020 hanno regolamentato l'inserimento presso le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, i SAA distrettuali hanno ricorso ai ricoveri di sollievo per dare risposta solo a quelle situazioni urgenti che non avrebbero trovato altre risposte. Nel corso del 2020 sono proseguite le attività con imputazione sul FNA, garantendo la corretta applicazione della percentuale di utilizzo.

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.3**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			83%
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.12)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Programmazione e rendicontazione in ogni distretto di risorse e interventi del Fondo per il "Dopo di Noi" L. 112/16 nel rispetto delle tempistiche regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione in ogni distretto di iniziative formative sul tema del care-giver, rivolta agli operatori sanitari	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione tese a promuovere una cultura orientata alla prevenzione e al contrasto degli abusi nelle relazioni di cura	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
% Giornate in accoglienza temporanea di sollievo/ giornate annue in CRA	flusso FAR	% >=		2,00%		0,29%		14,00%
Utilizzo di almeno il 50% delle risorse FNA per le persone con gravissime disabilità	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		50,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.5**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Gestione della pandemia Covid-19 nella rete dei servizi territoriali per anziani e disabili"**			100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.5**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Gestione della pandemia Covid-19 nella rete dei servizi territoriali per anziani e disabili"**			100%

Supporto da parte dell'azienda ai referenti per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate dall'assistenza individuati dalle strutture socio-sanitarie, con particolare riguardo alla formazione degli operatori sul controllo delle infezioni, incluso l'utilizzo dei DPI	Molteplici sono stati i fronti in cui la direzione del DASS è stata coinvolta: mappatura delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali, comunità educative, comunità religiose della provincia con le quali sono stati mantenuti i contatti al fine di verificare l'andamento dell'epidemia; supporto tramite incontri in video conferenza ed elaborazione di documentazione a sostegno degli Enti Gestori; collaborazione con il DSP per l'emanazione di istruzioni operative, redazione di relazioni; raccolta del fabbisogno di DPI per le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, organizzandone anche il ritiro; monitoraggio delle strutture residenziali prima settimanale poi quindicinale; supporto per la riapertura dei centri diurni anziani e disabili in collaborazione con i Distretti, gli Uffici di Piano ed il DSP, con relativa procedura; organizzazione per l'effettuazione dello screening periodico mediante tamponi molecolari presso le strutture residenziali e diurne per anziani, disabili e strutture a bassa soglia; in raccordo con il DSP, raccolta dei nominativi dei centri estivi per l'esecuzione dei tamponi; attività di formazione rivolta agli operatori delle strutture e ai medici competenti; istituzione di una task-force aziendale con appuntamenti settimanali; incontri programmati con i referenti sanitari Covid sia delle CRA/case di riposo che centri residenziali per disabili; approvazione della determina “Alimentazione e nutrizione dell’anziano nelle CRA nel periodo del Covid”; coordinamento dell’attività vaccinale con il DSP presso le CRA e le case di riposo; attivazione di un servizio di contatto telefonico a supporto della popolazione organizzato con l’associazione SipemER; area della tutela: garantita con pronta disponibilità 7g/7 la funzione di supporto e raccordo con Servizi Sociali Territoriali, DSP, Ospedale e del Bambino.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 2339/19; DGR1809/20

Indicatore	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 supporto	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**5.2.2.2**	**Demenze**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**5.2.2.2**	**Demenze**			
Implementazione dei PDTA demenze (DGR 159/19) a livello locale: in particolare dovranno garantire lo sviluppo di tutte le fasi previste.			Causa emergenza sanitaria non è stato possibile riprendere i lavori del PDTA interaziendale. A dicembre su mandato della Direzione Sanitaria è stato costituito il tavolo demenze interaziendale per costruire un percorso interaziendale nel processo di unificazione delle due aziende sanitarie. E' stata fornita una scheda di mandato nella quale andavano indicati obiettivi e azioni per costruire un percorso integrato ospedale - territorio interaziendale. Il PDTA è il 1° obiettivo indicato, pertanto è stata fissata la data del 19 gennaio 2021 per riunire tutto il gruppo di lavoro.		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19 (2.12)	

Indicatore	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 formale PDTA aziendale demenze in applicazione del PDTA regionaleDGR 159/19	atti direzione aziendale	Sì/No		Sì		No		

Sub-area obiettivi DGR	2.13	Trasporti per trattamento emodialitico

Settore obiettivi DGR	2.13	Trasporti per trattamento emodialitico
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	**2.1.5.2**	**Trasporti per trattamento emodialitico**			
Descrizione			Rendicontazione		
Fornire evidenza dell'effettiva applicazione contenuti cicolare regionale n. 13/18 "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio dei pazienti al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi			L'Azienda in base al mandato regionale ha elaborato un progetto di Start Up tra i cui obiettivi è previsto il coinvolgimento attivo dei CCM aziendali per la somministrazione del questionario regionale. Tutti i Centri Dialisi, compreso il Privato Accreditato, sono stati coinvolti ed hanno aderito. In base al tempogramma iniziale il progetto è slittato al 2021 su indicazioni regionale, a causa dell'emergenza COVID-19.		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.13)	

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
Evidenza di monitoraggio locale della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitico	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

Sub-area obiettivi DGR	**2.14**	**Assistenza sanitaria nelle carceri**	100%

Settore obiettivi DGR	**2.14**	**Assistenza sanitaria nelle carceri**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**2.8.2.1**	**Assistenza sanitaria nelle carceri**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, secondo quanto previsto dal flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali. Corretta chiusura delle cartelle cliniche in caso di scarcerazione o trasferimento in altro Istituto	E' stata adibita una figura professionale ad hoc che si interfaccia con l'amministrazione penitenziaria al fine di ricevere tempestivamente l'informazione sui detenuti scarcerati o trasferiti al fine di procedere alla chiusura della cartella clinica.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	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 tra eventi critici registrti dal Ministero della Giustizia ed eventi critici registrati tramite SISPER	Flusso regionale SISPER, dati Ministero della Giustizia	% <=		30,00%		10,00%		100,00%
Nr. cartelle cliniche aperte di persone dimesse e presenti in altro Istituto penitenziario della Regione	specifico flusso di riferimento	Numero <=		5,00		0,00		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.15**	**Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**	81%

Settore obiettivi DGR	**2.15**	**Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici**	91%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.18**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici (integrazione obiettivo DGR 977/19-DGR 2339/19) "**			91%

Descrizione	Rendicontazione
Nel richiamare la deliberazione n. 2339/2019 "Prime indicazioni per la programmazione 2020 per le aziende del SSR"che conferma, anche nell'ambito farmaci e dispositivi medici, il quadro generale degli obiettivi 2019 di cui alla DGR977/19, e nel richiamare gli obiettivi di spesa farmaceutica (convenzionata, ospedaliera, per farmaci innovativi non oncologici e oncologici e innovativi oncologici potenziali/ ad alto costo) ridefiniti con la nota PG/2020/71206 del 30/01/2020, si puntualizza quanto segue. Farmaci Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica convenzionata, si prevede che l'impatto del mancato introito del ticket per i cittadini in fascia QM a partire dal 1^ settembre 2020 sia riassorbito dalla riduzione di spesa osservata nei primi mesi dell'anno in concomitanza con l'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia da COVID 19 e sia quindi compatibile con l'obiettivo di spesa netta convenzionata già fissato.Particolare attenzione deve continuare a essere posta nell'impiego dei farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe secondo il valore atteso	Per il 2020 sono stati variati alcuni indicatori, rispetto alla DGR 977/19. Il dato sul rituximab in ambito oncologico non è disponibile.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.18**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici (integrazione obiettivo DGR 977/19-DGR 2339/19) "**			91%
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 1806/20	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Epoteine (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		90,00%		95,67%		100,00%
Ormone della crescita (GH) (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		50,00%		37,22%		74,00%
Infliximab (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Etanercept (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		90,00%		87,31%		97,00%
Adalimumab (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		90,00%		77,36%		86,00%
Follitropina alfa (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		65,00%		64,73%		100,00%
Trastuzumab sottocute in ambito oncologico (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% <=		20,00%		18,18%		100,00%
Rituximab sottocute in ambito oncologico	Flusso INSIDER	% <=		20,00%		0,00%		100,00%
Enoxaparina (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		90,00%		99,47%		100,00%
Insulina lispro (ad azione rapida) (impiego del biosimilare sul totale del consumo)	FLUSSO INSIDER	% >=		80,00%		45,93%		57,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.1	Obiettivi di spesa farmaceutica RER	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.10	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici	100%

Descrizione	Rendicontazione
A livello provinciale adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.	Verifica dell' adesione da parte dei clinici delle Raccomandazioni elaborate dal Grefo e utilizzo dei farmaci biosimilari di area oncologica .

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	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 raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria

Obiettivo	5.4.3.11	Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**5.4.3.11**	**Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna**			100%
Per l'anno 2020, viene definita per Azienda USL di Parma una previsione di spesa farmaceutica convenzionata netta - 0,6% rispetto al 2019 Per l'acquisto ospedaliero di farmaci si prevede +9.4% rispetto al 2019			La spesa farmaceutica convenzionata netta anno 2020 ha registrato una riduzione del 3,67%. La spesa per l' acquisto ospedaliero ha registrato un aumento rispetto all' anno precedente di + 7.5%.		
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	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 farmaceutica convenzionata netta 2020 - variazione rispetto al 2019	specifico flusso di rieferimento	% <=		0,60%	-3,76%	-3,67%		100,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2020- variazione rispetto al 2019	specifico flusso di riferimento	% <=		9,40%	3,70%	7,50%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.2	Obiettivi di appropriatezza ed equità	99%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.1	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO	100%

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. Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria. Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO. Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni o dei trattamenti per le nuove terapie monoclonali. Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2. Al fine di raggiungere l' obiettivo di riduzione dei PPI, secondo i parametri regionali, dovrà essere attuato un piano di miglioramento, con un maggior coinvolgimento dei prescrittori ospedalieri per l' indotto sul territorio.	E' proseguitto il monitoraggio e la promozione all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto. I consumi disponibili in insider delle seguenti categorie terapeutiche sono una stima anno 2020 ricavata dai dati dei primi nove mesi: dei PPI le DDD per 1000 residenti die sono 59,47, di omega 3 le DDDper 1000 residenti die sono 3,49, per il dato del consumo di antibiotici vedi obiettivo 3.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.1**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO**			100%
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	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 dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto	AFT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica(<= 48 DDD *1000 ab die)	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Prescrizione di ciascun farmaco (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.12**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO**			100%

Descrizione	Rendicontazione
NAO: contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, considerando anche il rapporto costo/opportunità.	L'incidenza dei pazienti in trattamento con i NAO (naive+switch da AVK) è di 4,43 pazienti su 1000 residenti

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.12	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO	100%

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) : 4,5 pazienti su 1000 residenti	Flusso Insider	Numero <=		4,50		4,43		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.13	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (1/2)

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione degli interventi a livello provinciale con i prescrittori atti a favorire l' impoiego dei biosimilari nei pazienti naive e lo swith dei trattamenti in corso	VEDI OBIETTIVO 18

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.13	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (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
Epoetine (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%	95,00%			
Ormone della crescita (GH) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		50,00%	35,60%			
Infliximab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		100,00%	90,80%			
Etanercept (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	86,50%			
Adalimumab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	76,50%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.14	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (2/2)

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione degli interventi a livello provinciale con i prescrittori atti a favorire l' impoiego dei biosimilari nei pazienti naive e lo swith dei trattamenti in corso	Per il 2020 sono stati variati alcuni indicatori, rispetto alla DGR 977/19. Il dato rituximab in ambito reumatologico non è disponibile. VEDI OBIETTIVO 18

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**5.4.3.14**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici (2/2)**

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
Follitropina alfa (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	50,00%			
Trastuzumab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% <=		20,00%	46,30%			
Rituximab in ambito reumatologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%				
Enoxaparina (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%	99,40%			
Insulina lispro (ad azione rapida) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		80,00%	47,90%			
Rituximab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% <=		20,00%	11,20%			

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**5.4.3.2**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Insuline basali**	91%

Descrizione	Rendicontazione
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio	Dato disponibile a 6 mesi

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.2**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Insuline basali**			91%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.	Flusso Insider	% >=		85,00%		77,40%		91,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.3**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci epatite C**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Per i farmaci antivirali per il trattamento dell'epatite C cronica la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale. Tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità Va considerato prioritario il tema della sostenibilità , alla luce della perdita di innovatività di questi farmaci e conseguente mancato finanziamento dei fondi innovativi non oncologici	I farmaci antivirali per il trattamento dell'epatite C erogati nel primo semestre 2020 rientravano nei criteri dell'innovatività pertanto la loro spesa di € 725.197 è stata finanziata dal fondo degli innovativi non oncologici. La spesa anno 2020 dei farmaci antivirali al di fuori del fondo è stata di € 414.544,81

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovranno avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità	Flusso Insider	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**5.4.3.4**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: farmaci neurologici**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea)	E ' proseguita l' attività di monitoraggio sulle applicazione d'uso indicate dai gruppi di lavoro in particolare sulla Sclerosi multipla e sull'emicrania . Sono stati fatti incontri specifici con i professionisti di AOU.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea) utilizzando gli indicatori defiiniti nedi documenti PTR n. 239 e 271 e loro aggiornamenti	Flusso Insider	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**5.4.3.9**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**5.4.3.9**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici**	100%

contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche	Per l'uso interno degli antibiotici in collaborazione con la gestione del rischio sono stati fatti degli incontri con il gruppo di lavoro Buon Uso Antibiotici (BUA) per pianificare attività relative al corretto uso degli antibiotici per contenete la diffusione delle resistenze batteriche A tale scopo, in collaborazione con il laboratorio analisi, è stato elaborato un percorso per monitorare i i dati di consumo trimestrali degli antibiotici con i dati epidemiologici dei dipartimenti dell'ospedale di Vaio. Tale percorso verrà migliorato ed integrato nel corso del prossimo anno. Elaborazione da parte del gruppo interaziendale dedicato di una bozza di procedura dal titolo "Indicazioni per l'uso appropriato degli antibiotici". Il consumo di antibiotici presente in insider per l'anno 2020 espresso in DDD per 1000 residenti die è 10,05, il consumo dei fluorochinoloni, DDD per 1000 residenti die è 0,95, dei fluorochinoloni delle donne residenti di età compresa tra 20 e 59 anni è 0,76 e dei residenti di età => 75 anni è 2,28 DDDD per 1000 residenti die.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	**Riferimento Normativo**	DGR - 977/19

Indicatore	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 giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti (<16DDD /1000 residenti)	InSider	Numero <=		13,00		10,05		100,00%
Consumo giornaliero di fluorochinonoli in donne di età 20-59 anni (<1,4 DDD/1000 residenti)	SivER	Numero <=		1,40		0,76		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.3	Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria

Obiettivo	5.4.3.7	Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie Convenzionate	100%

Descrizione	Rendicontazione
Con riferimento al Documento Attuativo di dicembre 2019 , relativo alla DGR 329/2019, inerente il Protocollo d'intesa con le Farmacie convenzionate per il periodo 2019-2020, dovrà essere garantita la partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali che avranno l'obbiettivo di definite modalità tecniche e operative di realizzazione delle attività indicate nell'Intesa e realizzare gli specifici obiettivi fissati.	La partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro è stata garantita sin dal 2019 e sono stati effettuati i corsi di formazione ai farmacisti convenzionati. Sono state inserite nuove molecole in DPC, secondo la lista unica regionale. E' stato firmato l'accordo tra Azienda e associazioni di categoria dei titolari dellefarmacie convenzionate, Farmacup e relativo all'attività di attivazione SPID/FSE.

Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	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 dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.4	Adozione di strumenti di governo clinico	50%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.5	Adozione di strumenti di governo clinico	50%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire adeguato trattamento farmacologico nella continuità assistenziale nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta . E' in capo ai medici prescrittori la compilazione del -100% dei piani terapeutici regionali disponibili su SOLE, -registri di moniotraggio sulla piattaforma AIFA -data base regionale delle eccezioni prescrittive -corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale (DBO)	E' proseguita l'attività di distribuzione diretta e si è provveduto ad inserire in distribuzione per conto altri farmaci secondo la lista unica regionale.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.5**	**Adozione di strumenti di governo clinico**			50%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
PTR disponibili in SOLE per farmaci antivirali per l'epatite C: compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi (AUSL con 100% compilazione follow up chiusi mantenimento; Altre AUSL raggiungimento 100% follow up)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Compilazione registri monitoraggio piattaforma AIFA, anche farmaci innovativi , inserimento dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	98,00%		100,00%
Compilazione data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%
Compilazione corretta DBO	SPEcifico flusso INSIDER	% >=		100,00%				0,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.5	Farmacovigilanza	26%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.6	Farmacovigilanza	26%

Descrizione	Rendicontazione
Proseguire le attività di farmaco vigilanza e vaccino vigilanza applicando laprocedura operativa AIFA	Nel 2020 sono state inserite 59 schede di ADR nella rete nazionale di farmacovigilanza.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti	Flusso SIVER	Numero >=		50,00		12,98		26,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.6	Dispositivi medici

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	5.4.3.15	Dispositivo Vigilanza

Descrizione	Rendicontazione
Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, per l' anno 2020 si rende obbligatorio a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici la partecipazione al FAD REGIONALE relativo alla Dispositivo Vigilanza, attivo da NOVEMBRE 2019 .	A gennaio 2020 è stata data informativa attraverso la Intranet aziendale dell'avvio della nuova edizione del corso FAD regionale sulla dispositivo-vigilanza e sulla corretta gestione dei dispositivi medici, che si concluderà il 31 dicembre. A causa dell' emergenza Covid, l'adesione del personale sanitario è risultata minima (63 partecipanti)

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/2019

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. operatori che hanno partecipato all'evento formativo Nr.totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici	Rilevazione aziendale	% >=		60,00%				

Settore obiettivi DGR	2.15.7	Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	5.4.3.16	Obiettivo di tracciabilità - alimentazione flusso DIME			

Descrizione	Rendicontazione
È opportuno confermare anche per il 2020 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati nei conti economici stessi.	Nel corso del 2020 gli indicatori (e pertanto l' obiettivo) sono stati eliminati da Insider

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/2019

Indicatore	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	Flusso Di.Me.	% >=		95,00%				
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	Flusso Di.Me.	% >=		40,00%				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.3.17	Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici			

Descrizione	Rendicontazione
La spesa fissata per il 2020 è ……. Miglioramento da parte dei i professionisti coivolti dell' l' appropriatezza d' uso dei dm. e contenimento della spesa ; gli ambiti di osservazione sono : protesi d' anca, pacemaker e defibrillatori impiantabili	Confronto regionale: - spesa/paziente per protesi d'anca: 2.082,42 € (dato regionale: 1.891,96 €) - spesa/paziente per pacemaker: 1.442,19 € (dato regionale: 1.358,05 €) - spesa/paziente per defibrillatori impiantabili: 9.269,99 € (dato regionale: 8.272,3 €)

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.17**	**Obiettivi di spesa SSN dei dispositivi medici**			
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	Euro >=				2.082,42		
Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	Euro >=				1.442,19		
Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, rispetto al 2019 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	Euro >=				9.269,99		

Settore obiettivi DGR	2.15.8	Attuazione LR 2/2016	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria

Obiettivo	5.4.3.8	Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali	100%

Descrizione	Rendicontazione
Provvedere all'istruttoria delle domande di concessione dei contributi regionali alle farmacie ruralie alla relativa erogazione	E' stata fatta l'istruttoria delle domande presentate dalle farmacie richiedenti il contibuto regionale e sono stati erogati gli importi alle farmacie inserite nella graduatoria approvata dalla Regione con determinazione n. 19762 del 09/11/2020.

Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR - 977/19

Indicatore	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 liquidazione entro il 31/12/2020 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 LR 2/2016	rilevazione regionale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Area obiettivi DGR	**3**	**Assistenza Ospedaliera**	67%

Sub-area obiettivi DGR	**3.1**	**Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**	91%

Settore obiettivi DGR	**3.1**	**Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**	91%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**

Obiettivo	**3.2.5.17**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Recupero delle liste d'attesa dei ricoveri programmati" (1/2)**	98%

Descrizione	Rendicontazione
Le aziende sanitarie in applicazione della DGR 404/2020 hanno elaborato un programma di riavvio dell'attività ordinaria, finalizzato anche a recuperare l'attività ospedaliera sospesa durante il periodo emergenziale, con particolare riferimeNTo all'attività chirurgica, sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/17 e dalla DGR 603/19 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021) e tutelando la sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico	Nel primo semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid è stata sospesa per circa 3 mesi l'attività chirurgica (le patologie oncologiche e le urgenze sono state garantite da AOU). Nel secondo semestre 2020 è ripresa l'attività chirurgica seppure ridotta rispetto all'anno precedente a causa del perdurare dell'emergenza covid e conseguente rimodulazione di tutta l'attività ospedaliera finalizzata alla sicurezza e tutela dei pazienti e degli operatori. I tempi di attesa per la patologia tumorale sono stati garantiti (ad eccezione del tumore della prostata a causa di una non corretta attribuzione della classe di priorità).

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	**Riferimento Normativo**	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**3.2.5.17**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Recupero delle liste d'attesa dei ricoveri programmati" (1/2)**			98%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tumore mammella (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		97,00%		100,00%
Tumore prostata (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		85,00%		94,00%
Tumore colon (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Tumore retto (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Tumore utero (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Melanoma (% di adesione ai tempi di attesa al 30/09/20)	SDO	% >=		90,00%		87,00%		97,00%
Biopsia percutanea deBiopsia percutanea del fegatol fegato	SDO	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Protesi d'anca	SDO	% >=		90,00%		93,00%		100,00%
Colecistectomia laparoscopica	SDO	% >=		90,00%		84,00%		93,00%
Emorroidectomia	SDO	% >=		90,00%		86,00%		96,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**3.2.5.18**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Recupero delle liste d'attesa dei ricoveri programmati " 2/2**			93%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**3.2.5.18**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Recupero delle liste d'attesa dei ricoveri programmati " 2/2**			93%

Le aziende sanitarie in applicazione della DGR 404/2020 hanno elaborato un programma di riavvio dell'attività ordinaria, finalizzato anche a recuperare l'attività ospedaliera sospesa durante il periodo emergenziale, con particolare riferimetno all'attività chirurgica, sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/17 e dalla DGR 603/19 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021) e tutelando la sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico	Una maggiore difficoltà si è riscontrata nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi sulle le patologie minori monitorate (tonsillectomia, riparazione ernia inguinale, colecistectomia, emorroidectomia).

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	**Riferimento Normativo**	DGR 2339/19; DGR977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Riparazione ernia inguinale	SDO	% >=		90,00%		80,00%		89,00%
Tonsillectomia	SDO	% >=		90,00%		88,00%		98,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.4**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			97%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**

Obiettivo	**3.2.5.4**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**	97%

Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e per circa 3 mesi e gli interventi urgenti e per patologia oncologica sono stati garantiti da AOU. La rilevazione al 1° semestre di conseguenza non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata. Nel 2° semestre 2020, i tempi di attesa per le patologie tumorali in classe A sono stati rispettati nel 94% dei casi. Per gli interventi di protesi d'anca i tempi di attesa sono stati rispettati nel 93% dei casi e per tutte le altre patologie oggetto di monitoraggio, nel 82%. Il dato è condizionato dal periodo di sospensione dell'attività legata all'emergenza Covid. Il nuovo assetto del PO nella fase di riavvio ha comportato una riduzione di posti letto e una rimodulazione della attività dei comparti operatori con conseguente difficoltà nel recupero dei tempi di attesa. Considerando i tempi di attesa particolarmente critici a livello provinciale per le patologie chirurgiche minori oggetto di monitoraggio (prevalentemente colecistitectomie, ernioplastiche, settoplastiche) è stata resa disponibile a supporto di AOU una sala operatoria dell'ospedale di Vaio per 4 giorni su 7 per l'abbattimento dei tempi.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.1)

Indicatore	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 di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori selezionati (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		94,00%		100,00%
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca (entro 180gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		93,00%		100,00%
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi SDO Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		82,00%		91,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**

Obiettivo	**3.2.5.5**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**	85%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.5**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			85%

Rispetto obiettivi DGR 272/2017 Indice di completezza	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e di conseguenza tutti gli obiettivi ad essa collegata. Per circa 3 mesi gli interventi urgenti e per patologia oncologica sono stati garantiti da AOU. Nel piano di riavvio dell'attività chirurgica programmata saranno contemplati gli obiettivi di valutazione e gestione previsti nella DGR 272/2017. Nel 2° semestre l'indice di qualità e completezza del flusso SIGLA per gli interventi oggetto di monitoraggio è stato del 98%. Gli obbiettivi previsti dalla DGR 272/2017 sono stati raggiunti ad eccezione della <gestione perioperatoria> per una non completa implementazione del sistema informatico ORMAWEB.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.1)

Indicatore	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 completezza	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		98,00%		100,00%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione nr. Obiettivi raggiunti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		70,00%		70,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.6**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			81%

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata. Nel 2° semestre è stata ripresa l'attività chirurgica secondo le indicazioni della DGR 404/20. I tempi di attesa prospettici per gli interventi monitorati entro la classe di priorità A sono del 73%. Tale dato è stato condizionato dalla necessità di recupero delle prestazioni chirurgiche sospese per circa 3 mesi durante il periodo emergenziale.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.1)

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.6**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			81%

Indicatore	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 dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per gli interventi monitorati (entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		73,00%		81,00%
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe priorità A (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		73,00%		81,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.7**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Casi cancellati o ricoverati	Obbiettivo non attuale: l'abbattimento del residuo 2017 è stato concluso nel 2019.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.1)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018-2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017/ totale casi in lista al 31/12/2017	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%				

Sub-area obiettivi DGR	**3.2**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**	93%

Settore obiettivi DGR	**3.2**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.16**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Avvio del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera"**			100%
Descrizione			**Rendicontazione**		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.16**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Avvio del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera"**			100%

Le aziende sanitarie dovranno nel corso del 2020 realizzare le azioni organizzative previste per il potenziamento della rete ospedaliera, così come declinate nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera.	Il DL 34/2020, convertito nella L.77/2020, ha disposto il rafforzamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero da realizzarsi tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche come quella in corso. In attuazione di tale disposizione, la Regione Emilia Romagna, con proprie deliberazioni n. 677 del 15/06/2020 e n. 869 del 17/07/2020, ha approvato il Piano Regionale di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera (terapie intensive, semintensive e strutture di pronto soccorso), che comprende, relativamente all'Azienda USL di Parma la realizzazione di strutture definitive di pre-triage presso gli ospedali di Vaio e Borgo Val di Taro, l'acquisto di autoambulanze e il reclutamento di personale infermieristico e di autisti. Tali strutture sono destinate a sostituire le attuali tende poste immediatamente all'esterno dei due complessi ospedalieri, ed a garantire in modo strutturato gli spazi ed i percorsi necessari ad effettuare i pre-triage di accesso. Nonostante il Piano sia stato approvato dalla Regione il 17 luglio 2020, l'autorizzazione ad avviare le progettazioni è pervenuta solo lo scorso 23 ottobre, in quanto, durante il periodo estivo, il Ministero ha avviato procedure di ricognizione dei fabbisogni (progettazione e lavori) e successive procedure nazionali di affidamento, a cui inizialmente sembrava obbligatorio aderire. Dopo l'autorizzazione all'avvio delle progettazioni in modo indipendente dagli affidamenti centrali, l'Azienda USL ha prontamente predisposto l'assegnazione di incarichi professionali per la realizzazione dell'ampliamento della camera calda dell'ospedale di Fidenza con annesso corpo di fabbrica aggiuntivo destinato al pre-triage e di un corpo di fabbrica aggiuntivo (sempre destinato al pre-triage) all'esterno del Punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Borgotaro. L'Azienda ha quindi trasmesso alla Regione i relativi cronoprogrammi che scandiscono i tempi di progettazione, di affidamento dei lavori e successiva realizzazione degli stessi. Pertanto, in linea con le previsioni contenute nei cronoprogrammi sopra citati, sono attualmente in corso le attività di progettazione esecutiva dei due interventi, che termineranno con l'aggiudicazione dei lavori secondo le seguenti scadenze: - Pre Triage Ospedale di Fidenza – Aggiudicazione entro il 22/02/2021 – Fine lavori entro il 26/07/2021; - Pre Triage Ospedale di Borgotaro – Aggiudicazione entro il 29/01/2021 - Fine lavori entro il 31/05/2021. Nel corso del 2° semestre si è proceduto all'acquisizione di un'autoambulanza, dotata dei dispositivi necessari per fronteggiare l'epidemia Covid 19 ed è in fase di reclutamento il personale infermieristico e tecnico, autisti, necessari per l'utilizzo dell'automezzo. Nel 2020 sono stati predisposti ed in corso di realizzazione, i progetti degli interventi previsti nel Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera dell'AUSL di Parma per fronteggiare le emergenze pandemiche e pertanto l'obiettivo è raggiunto.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.16**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Avvio del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera"**			100%
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 2339/219; DGR1806/20	

Indicatore	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 progetti interventi; realizzazione interventi in coerenza con i tempogrammi approvati	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.1	Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	98%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	3.2.5.10	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto	100%

Descrizione	Rendicontazione
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata. I ricoveri ordinari per acuti relativi a DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza nell'anno 2018 erano 943. Nel 2020 il dato relativo ai primi 9 mesi è di 638.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 977/19 -

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (rispetto al 2018)	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		10,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti

Obiettivo	3.2.5.14	Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto	95%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	**3.2.5.14**	**Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto**			95%

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Le attività finalizzate al raggiungimento degli standard previsti sono state interrotte nel 1° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Gli obiettivi previsti slitteranno nel 2° semestre 2020. Nel 2° semestre 2020 è ripresa l'attività ordinaria e sono stati monitorati i ricoveri con DRG ad alto rischio di appropriatezza.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.1)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati. (griglia LEA)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,19		0,21		89,00%
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (< anno 2018)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		943,00		638,00		100,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		59,10		26,50		100,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		27,10		29,20		92,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**5.2.2.1**	**Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Dare piena applicazione a quanto previsto nel Piano regionale Demenza con il completamento dei PTDA locale. Potenziare il percorso di presa in cario integrata e corretta dei BPSD.	L'organizzazione dei CDCD aziendali è definita e i percorsi intraziendali sono in via di completamento.

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**5.2.2.1**	**Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)**			100%
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Stesura ed implementazionePDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza (DGR 429) Valore riferito all'anno 2019	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,00		24,00		100,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.2	Reti di rilievo regionale	98%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	3.2.5.11	Reti di rilievo regionale : Rete per la terapia del dolore	88%

Descrizione	Rendicontazione
Rete per la Terapia del dolore: coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"	Da tempo sono in atto nelle due sedi ospedaliere modalità operative idonee per avere un "Ospedale senza dolore" . Viene effettuata la rilevazione del dolore con la compilazione di idonea modulistica presente nelle cartelle cliniche di tutte le Unità Operative ospedaliere, tracciata anche nella SDO. L'attività prevista nell'obiettivo è slittata al 2° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. I dati sono rilevabili con cadenza annuale.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR977/19 (3.2.2.5)

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
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero. (fonte: nuova SDO campo B025)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		83,76%		88,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	3.2.5.12	Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Obiettivo	3.2.5.12	Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti	100%

Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	L'attività prevista dagli indicatori di volume ed esito sulle patologie tempo - dipendenti è slittata al 2° semestre 2020 a causa dell'emergenza Covid 19. Nel 2° semestre 2020 gli indicatori per le patologie tempo dipendenti (stroke) hanno evidenziato valori positivi (dato provvisorio riferito ai primi 9 mesi).

Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.2.7)

Indicatore	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 casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		98,00%		100,00%
% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		96,00%		100,00%
% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		21,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti

Obiettivo	3.2.5.2	Dipartimento Medico - Volumi ed esiti	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106) In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	A causa dell'emergenza Covid 19 tutta l'attività del PO aziendale è stata rimodulata e dedicata all'assistenza dei pazienti Covid. Nel 2° semestre 2020 è ripresa l'attività ordinaria e sono stati monitorati i ricoveri con DRG ad alto rischio di appropriatezza.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	**3.2.5.2**	**Dipartimento Medico - Volumi ed esiti**			100%
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 919/18 - DGR 977/19	

Indicatore	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 casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		98,00%		100,00%
% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		96,00%		100,00%
% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		22,96%		100,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione in percentuale del del tasso di ospedalizzazione per 100.000		% <=		27,10%		17,66%		100,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione in percentuale del tasso di ospedalizzazione per 100.000		% <=		59,10%		38,14%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**4.1.3.4**	**Rete delle cure palliative pediatriche**			100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**

Obiettivo	**4.1.3.4**	**Rete delle cure palliative pediatriche**	100%

La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.	Con nota N.0003403 del Registro Protocollo Generale del 20/01/20 la Direzione Sanitaria di AUSL ha nominato la dott.ssa Emanuela Sani Responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico, PUAP. Nella medesima nota congiunta delle Direzioni Sanitarie di AUSL ed AOU la dott.ssa Emanuela Sani è stata inoltre nominata Responsabile dell'Unità di Valutazione Muldimensionale Pediatrica UVMP. È stata garantita anche nel secondo semestre la funzione di PUAP e UVMP per i pazienti pediatrici con bisogni sanitari complessi, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non invasivi per respirazione/ nutrizione: il recepimento delle segnalazioni, la programmazione delle dimissioni protette, con il coinvolgimento dei DPC, SID, Servizi Sociali e degli specialisti dell'Ospedale del Bambino di Parma e di Centri Regionali se coinvolti. Sono stati programmati audit organizzativi in presenza/da remoto per la redazione collegiale dei PAI e la presentazione alle Commissioni Grada distrettuali. La prima seduta del gruppo Tecnico Regionale è stata convocata il 17/12/20: vi hanno partecipato i referenti di AUSL e di AOU di Parma con nomina interaziendale. A seguito di mandato regionale ,nel Novembre 20 nell'ambito del progetto di unificazione AUSL e AOU di Parma tra i gruppi di lavoro per lo sviluppo delle Reti Cliniche Mediche e Chirurgiche è stato istituito il Gruppo n. 34, Cure Palliative, che comprende la Rete delle Cure Palliative Pediatriche che si è insediato nel Dicembre 20 (due sedute) e proseguirà i lavori nel 2021.

Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.2.6)

Indicatore	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 delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo	**5.1.2.2**	**RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo	**5.1.2.2**	**RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE**	100%

a DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.	Con nota N.0003403 del Registro Protocollo Generale del 20/01/20 la Direzione Sanitaria di AUSL ha nominato la dott.ssa Emanuela Sani Responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico, PUAP. Nella medesima nota congiunta delle Direzioni Sanitarie di AUSL ed AOU la dottoressa Emanuela Sani è stata inoltre nominata Responsabile dell'Unità di Valutazione Muldimensionale Pediatrica UVMP. In tutte le fasi di emergenza Covid 19, nel rispetto delle disposizioni, per quanto riguarda i pazienti pediatrici con bisogni sanitari complessi, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non invasivi per respirazione/ nutrizione in setting domiciliare di cure, come da normative regionali ed aziendali in materia di accessi domiciliari, è stato garantito come PUAP il recepimento delle segnalazioni, la programmazione delle dimissioni protette, con il convolgimento dei DPC, SID, Servizi Sociali e degli specialisti dell'Ospedale del Bambino di Parma e di Centri Regionali se coinvolti sul caso (IOR, Ospedale S.Orsola). In qualità di UVMP è stata curata la redazione dei PAI e la presentazione alle Commissioni Grada distrettuali. E' stata inoltre promossa la revisione dei PAI nei casi di modifiche assistenziali e/o cliniche. In accordo con Direzione Sanitaria AUSL e Dipartimento farmaceutico interaziendale, nella fase 1.2 in collaborazione con la UOC di Pediatria e Oncoematologia di AOU, si è provveduto a mapparei bisogni di DPI e la loro tipologia per minori in carico alla UOC affetti da immunodeficienza e a distriburli attraverso il reparto ai genitori care givers. Il gruppo Tecnico Regionale non è stato convocato.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19 (3.2.2.6)

Indicatore	**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 delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.3	Emergenza Ospedaliera	93%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	3.2.5.1	Emergenza Ospedaliera	93%

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare l'accesso ai servizi in EU e in particolare il buon funzionamento delle strutture di PS. Applicare le direttive del Piano per il miglioramento dell'Accesso in EU, migliorando i tempi di permanenza	E' stata effettuata, prima dell'emergenza Covid 19, la rilevazione dei tempi di permanenza degli utenti nelle strutture di PS che risultano rientrare nei parametri individuati dalla RER. Nel 2° semestre 2020 sono state messe in atto azioni migliorative rispetto all'accesso ai servizi di EU, anche in relazione allo scenario epidemico. E' stato istituito un pre-triage esterno e appositi percorsi per il controllo del rischio infettivo Covid. In attesa del dato Regionale annuale, è stata fatta una rilevazione interna per determinare la % di accessi con permanenza in PS <6h +1, che si attesta al 91%. Sono stati perseguiti tutti gli obbiettivi presenti nel <Piano di Miglioramento dell'Accesso in EU> (Percorsi di fast-trak, percorsi per condizioni di vulnerabilità, nomina responsabile piano emergenza urgenza, utilizzo sistema NEDOCS, registrazione informatizzata delle prestazioni erogate, bed management) ad eccezione dell'informazione dei tempi di attesa all'utenza, per il quale deve essere aggiornato il sistema di trasmissione dei dati ai monitor presenti in PS.

Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.3)

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
% Accessi con permanenza < 6h + 1 per PS generali e PPI ospedalieri con < 45.000 accessi	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		91,00%		96,00%
% Raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		90,00%		90,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.4	Centrali Operative e 118	92%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	5.3.2.1	Centrali Operative e 118	92%

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16. Incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario	In considerazione delle difficoltà emerse per l'emergenza CoVid non è stato possibile adottare le procedure in oggetto per il turnover del personale conseguente alla necessità di fronteggiare l'emergenza CoVid che, tra gli effetti prodotti, ha determinato anche l'esigenzadi rinnovare i ranghi infermieristici con la necessità conseguente di riproporre un percorso formativo che avrà luogo nel 2021.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici del personale che svolge attività di emergenza territoriale	specifico flusso di riferiemento	% >=		95,00%				
Localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale devono essere censiti all'interno del registro informatizzato messo a disposizione dalla Regione	specifico flusso di riferiemento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Evidenza del completamento delle schede di intervento nei campi destinazione del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata	specifico flusso di riferiemento	% >=		90,00%		75,00%		83,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	5.3.2.2	Estensione competenze BLS-D

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.3.2.2**	**Estensione competenze BLS-D**			
Esecuzione di almeno un corso BLS-D per laici secondo la nuova metodica AHA			Impossibile effettuare corsi in corso d'anno, nonostante fosse già programmato per il mese di marzo,per l'Emergenza CoVid che ha reso indisponibili spazi didattici e personale docente impiegato nell'assistenza pazienti.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	**Riferimento Normativo**	DGR 977/2019	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Erogazione di un corso BLS-D per laici	In atti Centro di Formazione	Sì/No		Sì		No		

Settore obiettivi DGR	3.2.6	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	3.2.5.13	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	100%

Descrizione	Rendicontazione
Proseguire nella diffusione della cultura "donativa", nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti	L'attività di donazione di tessuti (cornee) è stata regolare a Gennaio e Febbraio 2020. E' seguito un periodo di sospensione dell'attività donativa di 3 mesi dovuto alla conversione del PO aziendale a Covid Hospital. L'attività è poi ripresa regolarmente e nell'anno 2020 in totale sono state effettuate 28 donazioni (numero minimo richiesto da RER per l'anno 2020: 18 donazioni).

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.6)

Indicatore	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 donazioni di cornee da prelevare nell'anno 2020 rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente	specifico flusso di riferimento	% >=		18,00%		18,00%		100,00%
Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Ufficidi Coordinamento locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito dalla DGR665/2017	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.7	Volumi-esiti	71%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti

Obiettivo	3.2.5.8	Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico	71%

Descrizione	Rendicontazione
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti . Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15	A causa dell'emergenza Covid 19 l'attività chirurgica è stata sospesa e quindi la rilevazione al 1° semestre non è stata effettuata. E' stato predisposto un piano di riavvio con la graduale ripresa dell'attività chirurgica programmata. Sono riportati i dati provvisori relativi ai primi 9 mesi del 2020 ed è in corso l'adeguatezza dell'offerta erogata dalle strutture private accreditate. In particolare si segnala che nei primi nove mesi il n. di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro è inferiore 75%; inferiore del 75% è anche il n. di interventi chirurgici per frattura di femore per l'Ospedale Santa Maria di Borgotaro

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.7)

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.8**	**Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico**			71%

Indicatore	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: numero minimo di interventi dicolecistectomia per Ospedale di Fidenza/anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		100,00%
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		0,00		0,00%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		79,00%		100,00%
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femoreper Ospedale di Fidenza	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		75,00		100,00%
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femoreper Ospedale Santa Maria di Borgotaro	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00				0,00%
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		79,00%		100,00%
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**3.4**	**Sicurezza delle cure**	18%

Settore obiettivi DGR	**3.4**	**Sicurezza delle cure**	18%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.5.3.3**	**Sicurezza in ambito assistenziale**			18%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2020 dovrà continuare l'impegno dell'Azienda in tema della sicurezza delle cure in ambito assistenziale, con particolare riferimento all'evento caduta ed alle lesioni da pressione.	Il numero elevato di cadute in ospedale, confermato da costanti segnalazioni anche durante le fasi I e II della pandemia (qualcuna esitata in evento sentinella), ha reso opportuni più incontri con i coordinatori infermieristici del Presidio per analizzare gli eventi occorsi ed intraprendere le relative azioni di miglioramento. A seguito di tale analisi, osservando i fattori di rischio, sono state adeguate le regole per l'accesso dei visitatori ai reparti di degenza, di base maggiormente restrittive in rapporto alla 'emergenza COVID-19, ma con deroghe più flessibili per specifiche e documentate necessità di assistenza a pazienti ad elevato rischio di caduta. La formazione del personale sanitario in tema di cadute e lesioni da pressione ha inevitabilmente subito un'importante contrazione inevitabilmente condizionata dalle esigenze assistenziali correlate all'emergenza COVID-19.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.5.3.3**	**Sicurezza in ambito assistenziale**			18%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2020/operatori che hanno partecipato nel 2019 (aumento rispetto al 2019)	SC Formazione	% >=		30,00%		-78,00%		0,00%
Estendere auditing, tra pari, sull'adesione linee di indirizzo reg.cadute / procedura az. ad altre 4 U.O. (a scelta in base alle priorità di intervento-miglioram.) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2020	Servizio Infermieristico e Tecnico	Numero >=		4,00		0,00		0,00%
Numero di operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota che hanno seguito il corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione	SC Formazione	% >=		75,00%		40,00%		53,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.7	Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

Settore obiettivi DGR	3.7	Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2020		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	**6.5.3.2**	**Linee di inidrizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari**			
Descrizione			**Rendicontazione**		
Recepimento delle Linee di Indirizzo emanate dalla Regione sulla buona pratica degli accessi vascolari			Le Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari sono state emanate dalla RER con Determinazione del 23 aprile 2020. Considerata la situazione sanitaria emergenziale in atto non si è ancora proceduto ad aggiornare i Documenti aziendali sul tema		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19	

Indicatore	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 della procedura aziendale secondo le linee di indirizzo regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

Area obiettivi DGR	**4**	**Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**	87%
Sub-area obiettivi DGR	**4.1**	**Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA**	75%
Settore obiettivi DGR	**4.1.1**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**7.1.2.5**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Le aziende sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.	Nonostante il periodo emergenziale, i tempi di pagamento dei fornitori sono stati mantenuti entro il limite dei 60 gg; lo specifico indicatore di tempestività dei pagamenti è in linea con quanto previsto dalla normativa di riferimento. Le tabelle riferite ai pagamenti relativai a transazioni commerciali sono state regolarmente compilate entro i termini previsti.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 977/2019 e 2339/2019

Indicatore	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	Specifico flusso di riferimento	Numero <=	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00%	100,00%
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.2	Le buone pratiche amministrativo-contabili	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria

Obiettivo incentivante (dirigenza)	7.1.2.6	Le buone pratiche amministrativo contabili	100%

Descrizione	Rendicontazione
Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario). Assicurare, nel corso del 2020, 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 . Garantire l'alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra RER e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.	L'attività di rendicontazione è stata svolta regolarmente, nonostante il periodo emergenziale. E' stato fatto uno sforzo straordinario di monitoraggio, tenuto conto del variare delle disposizioni regionali in merito alla gestione patrimoniale ed economica in tale frangente. I documenti di bilancio sono stati redatti nei termini previsti.

Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 977/2019 e 2339/2019

Indicatore	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	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.7**	**Sviluppo della funzione di Internal Auditing**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2019 è stata avviata l'attuazione del Piano Triennale interaziendale di Audit, deliberato al termine dell'anno 2018; si è inoltre partecipato alle iniziative formative organizzate dalla Regione. Nell'anno 2020 il servizio dovrà proseguire nell'attuazione del programma contenuto nel Piano Triennale, nella partecipazione alle iniziative formative regionali e avviare le attività anche di carattere organizzativo indicate tempo per tempo dalla Regione.	Il periodo emergenziale ha necessariamente interrotto alcune attività legate all'esecuzione del Piano Triennale interaziendale di Audit. Si verificherà nel 2° semestre la possibilità di ripresa dello stesso, in funzione della situazione complessiva della pandemia, stante la necessità di garantire l'attività ordinaria e straordinarie dei Servizi, secondo schemi e procedure di natura emergenziale. L'attività del Servizio di Internal Auditing si è concentrata sul percorso delle donazioni, e, a fronte di ciò, è stata predisposta una procedura, solo ospedaliera, che si presuppone possa diventare interaziendale nel percorso di integrazione già avviato.

Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 977/2019 e 2339/2019

Indicatore	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 Piano attività	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	100,00%
Attività svolta	Report di audit	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.4	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione

Obiettivo incentivante (dirigenza)	7.1.2.8	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)	100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2019 alcune aziende hanno avviato l'utilizzo del nuovo sistema gestionale; l'azienda Usl di Parma, il cui avvio è previsto successivamente al 2020, dovrà attivarsi anzitutto per garantire l'allineamento delle proprie anagrafiche alle nuove angrafiche cetralizzate del GAAC. Inoltre occorrerà assicurare la collaborazione dei referenti GAAC e dei loro collaboratori nelle attività necessarie all'avvio per tutte le aziende e all'implementazione complessiva del nuovo sistema; è poi necessario assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale dei Dati".	L'attività è stata svolta regolarmente per quanto riguarda la nostra Azienda. Le prestazioni risentono tuttavia dei ritardi registrati a livello regionale in merito alle attività propedeutiche all'attivazione. Tutte le richieste regionali di allineamento delle anagrafiche sono state soddisfatte, anche se le richieste sono state ridotte in funzione del periodo emergenziale.

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/2019 e 2339/2019

Indicatore	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 angrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Alimentazione modulo "Gestione dati regionali"- Piattaforma degli scambi tra aziende sanitarie e flussi regionali e ministeriali	Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	**7.1.2.9**	**Fatturazione elettronica**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le aziende, in continuità con gli anni precedenti, devono garantire il controllo dell'indicazione degli AIC e al corrispondente quantitativo sulle fatture di fornitura di farmaci. Inoltre dovranno assicurare il rispettodi quanto previsto dalla vigente normativa in tema di contenuto delle fatture elettroniche relative alla fornitura di dispositivi medici.	L'attività è stata svolta regolarmente, tenuto conto delle necessarie modifiche connesse alla pandemia COVID-19. E' stato garantito il rispetto della vigente normativa in merito al contenuto delle fatture elettroniche relative alla fornitura di dispositivi medici.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		DGR 977/2019 e 2339/2019

Indicatore	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 controlli effettuati	Report specifico	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**7.3.3.1**	**Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2020 le aziende dovranno assicurare la collaborazione per l'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, assicurando la partecipazione dei collaboratori al tavolo GAAC ed ai gruppi di lavoro, e l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	E' stata garantita la partecipazione attiva agli incontri (in videoconferenza a causa emergenza COVID-19) del tavolo GAAC, e la prosecuzione dell'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC, continuando la bonifica sull'esistente. E' proseguito il processo di allineamento del piano dei FP aziendali al piano dei FP GAAC.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
				DGR 977/19

Indicatore	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 anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.5	Mobilità internazionale	0%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione

Obiettivo	7.1.2.2	Mobilità Internazionale	0%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2020 sono tenute a mettere in atto tutte le attività necessarie per l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per EESSI. Il raggiungimento dell'obiettivo, già indicato per l'anno 2019, è condizionato dalla effettiva funzionalità del sistema informatico, ancora non disponibile.	L'attività è ancora in fase di stallo, stante l'indisponibilità della funzionalità del sistema informatico connesse all'applicativo RINA sviluppato per EESSI.

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19 e DGR 2339/2019

Indicatore	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 nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%		0,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.2**	**Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**	99%

Settore obiettivi DGR	**4.2**	**Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**	99%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**7.9.2.1**	**Partecipazione al governo dei principali processi di acquisto di beni e servizi**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione ai lavori della Centrale di Committenza Regionale Intercent-ER ed al Dipartimento Interaziendale di Area Vasta (AVEN) per l'acquisizione di beni e servizi, sia con riferimento all'attività di progettazione, che alle commissioni di gara per la valutazione delle offerte da parte delle diverse dittte partecipanti alle gare bandita dalla Centrale stessa.	E' stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro che hanno coinvolto il Servizio Logistica e il SAB compatibilmente con le interruzioni dovute all'emergenza COVID 19, quindi sia in presenza che da remoto.

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 ai lavori delle commissioni per la predisposizione di progetti in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. sedute con presenza/n. sedute complessive)	Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		80,00%	80,00%	100,00%		100,00%
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la valutazione delle offerte tecniche in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. commissioni a cui si è partecipato/n. commissioni per cui sono stati richiesti membri alla nostra	Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**7.9.2.2**	**Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo**	96%

Descrizione	Rendicontazione
Con Delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER. L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore committment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.	E' proseguita nel 2020 la costante attività di monitoraggio e incremento numero degli ordini elettronici; nel periodo covid, causa emergenza e necessità di rispondere in modo immediato alle esigenze di reperimento materiali anche presso fornitori non abituali della pubblica amministrazione, si sono inviati anche ordini ordinari ma, terminata la fase prettamente emergenziale, si è ritornati al costante invio di ordini elettronici; ciononostante sul dato annuale, ai fini della percentuale definitiva, pesano appunto gli ordini emessi in emergenza e, sull'ultima parte dell'anno, quelli dei fornitori che, nonostante i solleciti da parte dell'azienda e dei competenti servizi regionali, ancora non hanno acquisito l'abilitazione sul nodo di interscambio. Nonostante la pandemia sono proseguiti i lavori della cabina di regia GAAC nella quale, a partire da metà 2020 è stato inserito il Direttore del Servizio Acquisizione Beni in rappresentanza degli uffici acquisti delle aziende sanitarie, per contributo lato contratti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 a livello regionale	specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%		63,50%		100,00%
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2020 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (Þll'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2020 per le medesime categorie)	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		93,70%		100,00%
Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli a acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00	62,00	118,00		100,00%
Completa dematerializzazione degli ordini di beni inviati entro il 31/12/2020	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	86,04%	81,68%		82,00%
Epletamento di attività propedeutica all'adozione del nuovo applicativo regionale GAAC prevista per il 2021	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**

Obiettivo	**7.9.2.3**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Centralizzazione degli acquisti (integrazione obiettivo DGR 977/19)"**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto all'indicatore "percentaule di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi " si precisa che per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni /accordi quadro messe in atto da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 tramite le aziende sanitarie capofila delegate dalla Direzione Generale della cura della persona, salute e welfare.	Gli acquisti effettuati per DPI emergenza covid da parte di AOU Parma per conto della regione e, da giugno, dall'agenzia Intercent-er sono stati di importi molto consistenti. Di conseguenza la percentuale di acquisti aziendali (diretti o tramite distribuzione del magazzino provinciale, quindi acquistati da AOU Parma aziendalmente) risulta ridotta e quindi assolutamente in linea con l'obiettivo assegnato; si specifica inoltre che non sono stati considerati i beni ricevuti a titolo gratuito da acquisti AOU Parma per RER fino a giugno , non essendo valorizzati ai fini inventariali, che porterebbero ad innalzare ulteriormente la percentuale degli acquisti centralizzati.

Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati attraverso iniziative centralizzate	EVIDENZA DOCUMENTALE	% >=		50,00%		63,50%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.3**	**Il governo delle risorse umane**	100%

Settore obiettivi DGR	**4.3**	**Il governo delle risorse umane**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.1**	**Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ...(vedi testo DGR 977/19 Allegato B pag.56 di 72)	L'Azienda è chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione ha fornito le indicazioni operative solo nella seconda parte dell'anno. Il Piano è stato quindi predisposto, ha ottenuto il parere favorevole della Regione (prot. del) ed infine è stato adottato con delibera del Direttore generale n. del e poi pubblicato sul sito del ministero delle Entrate. Fino a tale momento, tuttavia, si è proceduto alle assunzioni correlate con le necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Sulle medesime ha ovviamente inciso la necessità di reclutamento connesse con l'emergenza COVID in corso che hanno richiesto uno sforzo particolarmente intenso , anche per la necessità di procedere a forme di reclutamento "straordinarie" attraverso la stipula anche di contratti atipici per co.co.co, liberi professionisti e incarichi gratuiti. Il Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica. L'Azienda, già a far tempo dal 2018, ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, partecipando alle procedure concorsuali in forma aggregata per infermiere/fisioterapista/e ostetriche/ortottista banditi da altre Aziende e già conclusi nonché, nel 2019, a quelli di assistente amministrativo e collaboratore amministrativo area giuridica e collaboratore amministrativo - area economico-finanziaria, tecnico della prevenzione e tecnico della riabilitazione psichiatrica di cui è capofila l'Azienda USL di Parma, programmatore Cat. C e collaboratore tecnico informatico Cat. D, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, ancora in corso di espletamento e che si concluderanno nel 2020, compatibilmente con l'emergenza COVID.

Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.1**	**Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**			100%

Indicatore	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 Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFT), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Attuazione e monitoraggio del Piano avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsit dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione e Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni"	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.2**	**Governo delle risorse umane: Costi del personale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti	Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.1.2	Governo delle risorse umane	DGR 977/19	

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.2**	**Governo delle risorse umane: Costi del personale**			100%

Indicatore	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 previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.4**	**Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche**			100%

Descrizione	Rendicontazione
In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.	Le direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate inizialmente presso la Regione e, nel periodo emergenziale, in videoconferenza, al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. Ha continuato anche ad essere assicurata la presenza di referente aziendale al tavolo di coordinamento GRU.

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.4**	**Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche**	100%

Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 alla definizione di criteri interpretativi omogenei in ambito di politiche del personale. Per quanto riguarda la contrattazione integrativa proseguire nelle linee generali di indirizzo regionali.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Partecipazione alle attività dei Tavoli Regionali relativamente alle materie di interesse	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.5**	**Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.6.4.5**	**Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.**	100%

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.	La sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi nazionali sia dell'area della sanità (19.12.2019) che del personale del Comparto (21.05.2018) hanno delineato un nuovo quadro che pone al centto delle modalità relazionali tra Azienda e soggetti sindacali il dialogo costruttivo e la partecipazione consapevole . Tale sistema supporta il processo di valorizzazione del personale, intesa non solamente quale misura premiante per il contributo degli operatori al conseguimento di obiettivi di programmazione aziendale, ma anche come coinvolgimento attivo in progetti che conciliano il lavoro, come tempo e spazio, con forme di politiche di benessere che investono la vita complessiva del lavoratore. L'Azienda con atto n°991 del 27.12.2018 e con atto 117 del 20.02.2020 ha formalmente costituito l'istituto dell'Organismo Paritetico per l'innovazione sia del Comparto che dell'Area della Sanità . Tale strumento, parte integrante di un sistrema partecipativo di relazioni sindacali, coinvolge gli attori aziendali e quelli sindacali su tutte le materie che hanno una dimensione progettuale - complessa e sperimentale di carattere organizzativo. L'Organismo Paritetico del Comparto contribuisce, in particolare, alla articolazione di una proposta di fattibilità di lavoro agile mentre l'Area della Dirigenza sta orientando proposte di salute e sicurezza sul lavoro e di piani di formazione. Pur se l'attività è stata fortemente condizionata dall'emergenza COVID e comunque si è proceduto alla sottoscrizione di tutti gli accordi di finalizzazione ed utilizzo dei fondi contrattuali e inoltre si è provveduto alla sottoscrizione degli accordi attuativi dei verbali siglati in sede regionale per il riconoscimento della premialità COVID nei confronti dei dipendenti sia di area comparto che dirigenziale.
Obiettivi Performance	**Riferimento Normativo** DGR 977/19

Indicatore	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 alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Istituzione organismi paretetici	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.4**	**Programma regionale della gestione diretta dei sinistri**	100%

Settore obiettivi DGR	**4.4**	**Programma regionale della gestione diretta dei sinistri**	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.5.3.4**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Adeguare le procedure interne di gestione sisnistri alle nuove indicazioni regionali . Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, determinazione CSV). Il valore atteso finale (40%) fa riferimento alla media regionale al 31/12/2018, ultimo dato disponibile. Corretta alimentazione del data base "gestione dei sinistri" che costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri. Aggiornamento e implementazione piano smaltimento casi pendenti: entro il 31/07/2020 invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli silenti , di quelli per i quali è tuttora in corso un vertenza giudiziale, e dei quelli attivi non giudiziali smaltiti nelll'anno 2019 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2019	È stata modificata la precedura per la gestione dei sinistri, conformandola in accordo alle indicazioni regionali, giusta deliberazione n. 177 del 12.03.2020. Il dato relativo alla percentuale regionale di sinistri aperti nell'anno 2020 con valutazione medico-legale e determinazione CVS entro il 31/12 è risultato pari a 61,3% (target) . Il valore raggiunto al 31/12 è pari a 65,8% che supera il target previsto. E' stato aggiornato il piano di smaltimento sinistri assicurativi degli anni precedenti, come comunicato con nota prot. n. 46885 del 05.08.2020.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 2339/19 - DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.5.3.4**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri**			100%

Indicatore	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 alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla Regione (enrtro 45gg Data di emanazione nuovi indirizzi)	Ufficio contenzioso per le assicurazioni e la resaponsabilità professionale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12 (>= media regionale)	SISEPS	% >=		61,30%		65,80%		100,00%
Grado di completezza del database regionale (%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	SISEPS	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Entro il 31/07/2020, invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale	Ufficio contenzioso per le assicurazioni e la resaponsabilità professionale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.5**	**Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza**	88%

Settore obiettivi DGR	**4.5**	**Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza**	88%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.3**	**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Le normative in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (legge n. 190/2012 anticorruzione nella pubblica amministrazione, decreti legislativi n. 33/2013 e n. 97/2016 sulla Trasparenza, DPR n. 62/2013 di approvazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici le più importanti) hanno visto impegnata l'Azienda dal 2013, mediante l'attività di promozione e coordinamento del Responsabile unico aziendale. Negli anni, l'adozione dei Piani per la prevenzione della corruzione e dei Programmi per la Trasparenza sono stati oggetto di impegno per le varie unità organizzative aziendali ed oggetto di diffusione sul sito web aziendale, agli stakeholder aziendali, agli organismi di verifica e controllo, alle Strutture, Servizi, dipendenti e collaboratori. Dall'anno 2017 si è elaborato un unico documento di Piano, integrato interaziendale con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma (AUSL e AOU), anche in relazione all'avvenuta integrazione delle aree tecnico amministrative. In approvazione l'aggiornamento del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2020/2022 che conferma l'impostazione interaziendale e l'integrazione con la materia della Trasparenza. Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2020: (SEGUE)	Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate in analogia alle scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano interaziendale, ora per il periodo 2020/2022. Il documento di Piano si presenta completo di aggiornamento normativo, mantiene e aggiorna i sistemi in atto di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, riporta le principali attività svolte lo scorso anno e prospetta l'evoluzione e lo sviluppo, anche in ragione del PNA di fine 2019. Il Piano, per utilità operativa da parte delle varie unità organizzative delle due Aziende, comprende numerosi allegati che approfondiscono e descrivono una serie di temi, ma soprattutto le tabelle analitiche sulle misure specifiche di prevenzione della corruzione e sugli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza. Il nuovo Piano prevede, come misura principale, l'aggiornamento della mappatura di processi e procedimenti, con un diverso metodo di analisi e valutazione dei rischi. Il coordinamento del sistema è affidato al RPCT interaziendale, il quale, oltre ad effettuare i monitoraggi possibili, svolge anche funzioni di consulenza nelle materie considerate alle unità organizzative.Da tenere presente che il primo semestre di quest'anno, in ragione dell'emergenza epidemiologica, ha visto di fatto la sospensione di molte delle attività ordinarie, anche le amministrative, compreso l'impegno su adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione a carico di varie unità organizzative.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.3**	**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 977/2019	

Indicatore	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	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.4**	**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			88%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.4**	**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**	88%

1) Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) è tenuto ad elaborare la proposta di Piano per la prevenzione della corruzione 2020/2022 entro il 31 gennaio, comprensivo della materia della Trasparenza, ed in forma integrata tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria; il nuovo Piano conterrà i necessari riferimenti all'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'Autorità nazionale con deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 2) Il Responsabile è tenuto a svolgere le attività di impulso e coordinamento del sistema e dei monitoraggi, secondo le previsioni normative e le indicazioni contenute nel Piano 3) Il Responsabile è tenuto all'elaborazione della Relazione annuale prevista dalla legge n. 190/2012 e alle attività prodromiche all'attestazione dell'OIV degli adempimenti in tema di Trasparenza (pubblicazione entro il 31 gennaio) 4) Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento 5) Tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano anticorruzione costituiscono parte integrante del presente Piano Azioni e, più in generale, del Piano Performance, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti 6) Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale 7) Tutte le articolazioni aziendali indicate nel Piano sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo le competenze e le modalità previste nella tabella analitica inserita nel Piano stesso 8) Tutte le articolazioni sono tenute a trattare le istanze di accesso civico generalizzato, secondo le indicazioni del regolamento specifico contenuto in allegato nel Piano per la prevenzione della corruzione 9) Proseguimento diffusione del Codice di Comportamento approvato nel maggio 2018 da parte delle unità organizzative, e suo monitoraggio da parte dell'Ufficio di Disciplina 10) Prosecuzione dell'attuazione del Progetto di rafforzamento dei controlli su alcuni processi individuati in area trasparenza e anticorruzione, in collaborazione tra ufficio RPCT e Servizio Internal	Le principali attività rese hanno riguardato quanto segue. Predisposizione ed approvazione, da parte dei due vertici aziendali, dell'aggiornamento del Piano interaziendale integrato 2020/2022, su proposta del RPCT. La predisposizione e pubblicazione della Relazione annuale da parte del RPCT. Il monitoraggio generale delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" relative agli obblighi di pubblicazione. Gestione del percorso di verifica degli obblighi di pubblicazione su scheda ANAC di competenza dell'OIV unico regionale entro il 30 giugno, con pubblicazione delle griglie di rilevazione entro il 31 luglio (con esito positivo). gestione della piattaforma informatica per le segnalazioni. Incontro generale con i servizi delle due aziende di illustrazione del Piano e dei vari temi in materia, valido quale incontro formativo, tenuto dal RPCT. Monitoraggio della gestione, da parte delle unità organizzative come da regolamento interaziendale allegato al Piano, degli accessi civici generalizzati. Le attività nel secondo semestre sono state principalmente rivolte all'approccio specifico di temi e scadenze in programma, sia in materia di trasparenza che di prevenzione della corruzione. Le più importanti si indicano di seguito. Approfondimento degli obblighi di pubblicazione in materia di Interventi Straordinari e di Emergenza in sezione web Amministrazione Trasparente: fornite le necessarie indicazioni alle unità organizzative, si è provveduto alle pubblicazioni, comprese tabelle contenenti i dati delle Erogazioni Liberali in tema di emergenza covid, secondo le indicazioni di legge e specifiche regionali. Fornite disposizioni per l'acquisizione annuale delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse mediante la piattaforma GRU, periodo ottobre/dicembre. Il dato finale di adesione è sotto riportato. Garantito il coordinamento del sistema interaziendale, anche per quanto concerne le trattazioni degli accessi civici "generalizzati" da parte delle unità organizzative competenti, secondo il regolamento in essere. Diramate disposizioni alle unità organizzative per la elaborazione delle relazioni annuali sulle attività e sulle misure previste dal Piano; indicazioni fornite anche per svolgere l'aggiornamento della mappatura processi con il nuovo sistema di analisi e valutazione dei rischi, secondo le indicazioni dettate dal Piano. Assicurata la partecipazione alle attività del tavolo regionale RPCT, con Direzione Salute e OIV. Inoltrata richiesta di parere ad ANAC in materia di incentivi agli operatori sulle procedure d'appalto, argomento sul quale si è approvato un regolamento dopo confronto con le organizzazioni sindacali. Il Regolamento da approvarsi in tema di formazione sponsorizzata non è stato adottato. Sul punto si precisa che da tempo è incaricato uno specifico gruppo regionale per la elaborazione di uno schema unico di regolamento da assumersi come modello per tutte le Aziende Sanitarie regionali. Per le note ragioni legate all'emergenza sanitaria, il gruppo ha terminatoi confronti necessari in dicembre, con l'utlimo appuntamento al tavolo regionale RPCT del 18 dicembre. Lo schema sarà approvato dalla Giunta regionale ad inizio 2021 e potrà successivamente essere adottato dalle singole Aziende Sanitarie.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.1.2.4**	**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			88%

Auditing
11) Prosecuzione attività di acquisizione modulistica su conflitti di interessi mediante la piattaforma GRU da parte del Dipartimento Risorse Umane, anche secondo le indicazioni regionali.

Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 977/2019

Indicatore	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 e documenti specifici allegati allo stesso, documenti di monitoraggio, note varie RPCT, Relazione annuale RPCT, relazioni delle unità organizzative	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%
Avvenuta approvazione della regolazione della materia "Formazione Sponsorizzata" entro fine del 2020	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No		No		No		100,00%
% dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2020	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		90,00%		58,00%		64,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.6**	**Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**	75%

Settore obiettivi DGR	**4.6**	**Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**	75%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.1**	**Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**			75%

Descrizione	Rendicontazione
Il regolamento europeo 679/2016 ha introdotto rilevanti novità in tema di Privacy; l'azienda dovrà proseguire il percorso di progressivo allineamento alla nuova disciplina, adiuvata in questo senso dall'adozione a fine 2019 del manuale aziendale in tema di protezione dei dati personali. L'azienda dovrà relazionarsi sia con il livello regionale sia con quello di Area Vasta, nell'ambito degli specifici tavoli e gruppi di lavoro.	Il perdurare della fase emergenziale legata al diffondersi del COVID-19 ha causato un ulteriore rinvio della ripresa delle attività formative frontali, interrotte sin dai primi mesi dell'anno; ciononostante, si è mantenuto il flusso informativo verso i soggetti designati attraverso la trasmissione di apposite note (nota prot. n. 54490 del 17/09/2020 avente ad oggetto "PRIVACY - Garanzie per il rispetto dei diritti e della dignità degli interessati"; nota prot. n. 55630 del 23/09/2020 avente ad oggetto "PRIVACY - Chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati personali relativi alla salute in ambito sanitario, con particolare riguardo al consenso"; aggiornamento delle Istruzioni operative sul corretto trattamento dei dati personali nel contesto aziendale, condivise mediante pubblicazione nell'area riservata presente nell'applicativo WHR-Time di ciascun designato). L'Azienda ha provveduto al periodico aggiornamento del "Registro delle attività di trattamento" secondo un proprio format. Il software unico regionale risulta, al momento, ancora in fase di sperimentazione in AOU FE e AUSL Imola. L'Azienda ha partecipato, attraverso il DPO, alle attività del tavolo di lavoro di volta in volta programmate secondo le modalità ritenute più adeguate alla situazione emergenziale (incontri a distanza e scambio di e-mail).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/2019 e 2339/2019

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.1**	**Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**			75%

Indicatore	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. incontro formativi ai soggetti designati	Specifico flusso di riferimento	Numero >=	1,00	2,00	0,00	0,00		
Aggiornamento del registro delle attività del trattamento e recepimento indicazioni regionali in tema di sw unico di gestione	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		50,00%		50,00%
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.7	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	54%

Settore obiettivi DGR	4.7	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	54%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione

Obiettivo	6.1.2.1	Information Communication Technology (ICT) - Prescrizioni dematerializzate	98%

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizioni dematerializzate: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione.	La Direzione Sanitaria ha effettuato campagne di sensibilizzazione soprattutto per la corretta presa in carico ed erogazione.

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	98,00%	98,00%		98,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione

Obiettivo	6.1.2.2	Information Communication Technology (ICT)	62%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.2**	**Information Communication Technology (ICT)**			62%

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: si dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: si dovrà garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 12/ aprile 2012		Il Servizio ICT ha proceduto nel perseguimento degli obiettivi di utilizzo dell'uso dei servizi esposti dall DG Cura della persona. Sui certificati INPS, implementati esclusivamente in sistema degenze. Il resto dei certificati è/potrebbe essere prodotto su sistema TS direttamente.	
Obiettivi Performance	2.3.2 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	94,00%	94,00%		99,00%
Nr. Certificati INPS prodotti per evento di PS	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	0,00%		0,00%
Nr. Certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di ricovero ospedaliero	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	70,00%	70,00%		88,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.3**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			98%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.3**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			98%

Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento. Software unico dei comitati etici: Le aziende dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e i servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca.Cartella clinica unica regionale informatizzata del DAISM-DP: nel 2020 sarà avviato l'utilizzo della procedura per l'acquisizione del sw unico regionale per la gestione dei DSM-DP. Le aziende dovranno garantire la partecipazione alle attività richieste con DPG/2017/12828		Il DSM ha pienamente aderito al progetto di Cartella unica regionale del DAISM-DP. Il sistema di dematerializzazione delle ricette è unico a livello aziendale	
Obiettivi Performance	2.3.2 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19

Indicatore	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 dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	90,00%	94,00%		94,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-Software unico dei comitati etici	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale-cartella clinica unica	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	95,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.4**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			63%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**

Obiettivo	**6.1.2.4**	**Information Communication Tecnology (ICT)**	63%

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Software unico per sistema trasfusionale: Le aziende dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo della piattaforma applicativa sw. Nuovo sistema informativo unitario servizi sociali (SIUSS nazionale): Le aziende dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni secondo quanto previsto dalla normativa. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18/04/2012.	Si è proceduto nel perseguimento degli obiettivi di utilizzo dell'uso dei servizi esposti dall DG Cura della persona. Si precisa che l'indicatore "Corretto utilizzo del SNA .." non è monitorato in quanto era proposto nella DGR 919/18 e non più riproposto nella DGR 977/2019 .

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	90,00%	90,00%		100,00%
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS-Casellario dell'assistenza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	0,00%		0,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	70,00%	70,00%		88,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.5**	**Information Communication Technology (ICT) - FSE**			0%

Descrizione	Rendicontazione
FSE: Le Aziende entro il 31/12/2020 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS , offerta prenotazioni online, pagamenti online.	L'implementazione dello standard CDA2 è in corso ma ha subito un forte rallentamento causa impegno dei fornitori coinvolti nella gestione della pandemia. Il processo di conversione al formato CDA2 dei referti è ripreso malgrado l'alta incidenza delle attività richieste dalla gestione pandemia. Non ancora entrato in produzione. Ad oggi non è disponibile il num. dei soggetti per i quali risulta il rilascio del consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	0,00%	0,00%		0,00%
Nr.referti digitalizzati in CDA2 per il 2020 (gen-dic) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione/insieme dei referti prodotti prodotti dall'azienda per 2020 calcolato solo per soggetti con consenso all'alimentazione	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%			0,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.6**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Fascicolo sanitario elettronico/Portale Sole"**			0%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**

Obiettivo	**6.1.2.6**	**DGR 2339/19 - Obiettivo di Integrazione DGR 1806/20 "Fascicolo sanitario elettronico/Portale Sole"**	0%

I professionisti del SSN hanno la possibilità, tramite l'utilizzo del portale SOLE di accedere alle informazioni loro destinate. Tra di esse è disponibile l'accesso ai documenti del FSE dei propri assistiti , limitatamente al periodo di presa in carico, tramite il protale FSE professionisti	L'insorgere della pandemia ha drasticamentie impattato sugli sviluppi in corso per consentire ai medici specialisti di accedere alla documentazione presente sul FSE nel percorso di cura del paziente. In merito all'utilizzo del portale SOLE si sono potuti attivare solo gli specialisti di cardiologia di un numero molto limitato di ambulatori, non raggiungendo quindi il target del 40% . In merito all'utilizzo del servizio web SIRD e SATC, gli sviluppi in corso si sono dovuti fermare per le sopraggiunte priorità di gestione della pandemia in capo allo stesso fornitore incaricato della commessa, non raggiungendo il target del 40%. Ad oggi gli indicatori relativi all'utilizzo del portale SOLE e all'utilizzo del servizio web SIRD e SATC non sono disponibili.

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	**Riferimento Normativo**	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Indicatore	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 del portale SOLE: numero di medici specialisti profilati sul portale FSE professionisti sul numerodi medici specialisti totali dell'Azienda sanitaria	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		40,00%				0,00%
Utilizzo del servizio web SIRD e SATC: numero medici specialisti che hanno utilizzato i servizi SIRD e SATC sul numero di medici specialisti totali dell'Azienda sanitaria	SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		40,00%				0,00%

Sub-area obiettivi DGR	**4.8**	**Sistema Informativo**	93%

Settore obiettivi DGR	**4.8**	**Sistema Informativo**	93%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.1**	**Sistema Informativo - DB oncologico (1)**			65%

Descrizione	Rendicontazione
Anche nel 2020 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche, tra cui il DBO. Nel corso dell'anno 2019 sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici del flusso in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri organizzati dai Sistemi Infromativi Regionali, momenti in cui si è analizzato l'andamento degli indicatori anche attraverso strumenti come la nuova Reportistica Predefinita.	La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori e sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico. Nella seconda parte dell'anno è iniziato un confronto con il Coordinatore della Rete locale delle Cure palliative della provincia di Parma, con il quale sono stati stati intrapresi dei confronti sull'argomento.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**6.2.2.1**	**Sistema Informativo - DB oncologico (1)**			65%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Linkage flusso ASA e DBO	specifico flusso di riferimento	% >=		79,44%				
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori: istotipo	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%	22,90%	20,90%		0,00%
Riduzione della codifica "non noto":Tutti i tumori stadio	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%	12,90%	15,67%		96,00%
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: estrogeni	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	8,30%	15,38%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**6.2.2.2**	**Sistema Informativo - DB oncologico (2)**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Anche nel 2020 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche, tra cui il DBO. Nel corso dell'anno 2019 sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici del flusso in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri organizzati dai Sistemi Infromativi Regionali, momenti in cui si è analizzato l'andamento degli indicatori anche attraverso strumenti come la nuova Reportistica Predefinita.	La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori e sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.2**	**Sistema Informativo - DB oncologico (2)**			100%

Indicatore	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 della codifica "non noto":Tumore alla mammella: progesterone	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		15,38%		100,00%
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: Ki67	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	16,70%	19,23%		100,00%
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ich	specifico flusso di riferimento	% <=		30,00%	16,70%	19,23%		100,00%
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: HER2-ish	specifico flusso di riferimento	% <=		40,00%	25,00%	30,77%		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.3**	**Sistema Informativo DB Clinici - PS**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Il miglioramento e completezza dei flussi che riguardano i DB Clinici (RERAI, RERIC e REAL) e del flusso PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.) rimangono obiettivi rilevanti anche per l'anno 2020.	La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). I DB Clinici (RERAI: Data Base clinico Regionale di Aritmologia Interventistica, RERIC: Data Base clinico Regionale degli interventi di Cardiochirurgia, REAL: Data Base clinico Regionale delle Angioplastiche Coronariche) monstrano un grado di linkage con il fluso SDO piuttosto basso ed una certa variabilità dei dati periodici; il focus deve rivolgersi nella consapevolezza che l'indicatore è estremeamete sfidante rispetto ai dati storici, andranno messe in campo le azioni di sensibilizzazione con i Referenti Clinici dei Gestionali. Relativamente agli scarti e alle segnalazioni delle schede PS l'AUSL di Parma parte da una buona situazione, non di meno si presterà particolare attenzione agli scarti e alle segnalazioni con i codici riportati (P210, P356, P211).

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.3**	**Sistema Informativo DB Clinici - PS**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Linkage flusso SDO con congruenza all'intervento	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		93,98%		100,00%
% accessi in PS con tempo di permanenza compreso tra 1 e 7 giorni	specifico flusso di riferimento	% <=		0,27%		0,09%		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.4**	**Sistema Informativo - SDO - DSA**			100%

Descrizione	Rendicontazione
I flussi SSCL, SICHER sono strettamente collegati al flusso SDO, la loro lettura congiunta permette di verificare la copertura sia delle Check list sia delle infezioni del sito chirurgico ed è particolarmente rilevante per la verifica della qualità dei dati in termini di accuratezza e completezza. Rimane l'impegno per la trasmissione del flusso DSA nei modi e nei tempi prestabiliti.	La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Gli indicatori che riguardano il flusso SDO sono già all'attenzione dei Referenti Aziendali. Infine, relativamente al nuovo flusso DSA verranno recepite e diffuse con celerità le indicazioni per l'avvio del flusso. Per quanto riguarda la trasmissione del DSA nei tempi programmati, nella seconda parte dell'anno si procederà ad un confronto con il RIT aziendale.Ad oggi non sono ancora disponibili i dati sul sito regionale INSIDER dedicato.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.4**	**Sistema Informativo - SDO - DSA**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Codifica codice di reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione (segnalazione0159 campo B018)	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		0,00%		100,00%
DSA Trasmissione del flusso nei tempi programmati	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%				

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.5**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Nuovo sistema di garanzia (integrazione obiettivo DGR 977/19)"**			100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**

Obiettivo	**6.2.2.5**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Nuovo sistema di garanzia (integrazione obiettivo DGR 977/19)"**	100%

Le aziende sanitarie devono nell'anno 2020, seppur in presenza delal gestione dell'emergenza Covid, perseguire le azioni finalizzate al raggiungimento degli indicatori di area ospedaliera, territoriale e di sanità pubblica previsti dalla DGR 977/19 (sulla base dei target previsti in tale delibera, nel monitoraggio degli indicatori LEA/NSG al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale e superare positivamente la valutazione degli adempimenti 2020 (punteggio ricompreso nell'intervallo 60-100 entro ciascun macro-livello LEA).	A partire dal 1 gennaio 2020 è in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni. Il sistema, che sostituisce l'estensione del monitoraggio dei LEA aggiornando il Sistema di Garanzia in essere dal 2000, consta di 88 indicatori di cui 22 definiti CORE che concorrono alla valutazione dell'erogazione dei LEA e 66 NON CORE utili soprattutto a livello monitoraggio descrittivo. La valutazione avviene su base regionale a partire dai dati contenuti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in cui confluiscono i dati delle Aziende sanitarie nazionali. Nella Regione Emilia Romagna numerosi indicatori del sottoinsieme CORE sono già inclusi tra gli indicatori specificati dalla DGR n. 977/2019,"Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019", ripresa dalla DGR 2339/19. L'attenzione rivolta dall'Azienda agli indicatori CORE del NSG è testimoniata dal fatto che gli obiettivi della DGR 977/2019 sono monitorati semestralmente attraverso il Piano delle Azioni Aziendale che è redatto le Linee di Programmazione Regionale Piano delle Azioni, in cui vengono dettagliatamente analizzati gli ambiti della Prevenzione collettiva e la sanità pubblica, quello Distrettuale e quello Ospedaliero con i relativi indicatori. Metodologicamente, si rileva come i dati non siano immediatamente confrontabili con quegli gli altri anni a causa della rimodulazione delle diverse attività sanitarie, territoriali, distrettuali e ospedaliere dovute fenomeno pandemico COVID 19. Mediante uno scrupoloso monitoraggio del sistema di indicatori racchiusi nella DRG 977/2019 l'Azienda ha la possibilità di accrescere la propria consapevolezza su un gruppo di indicatori assimilabili a quelli CORE del NSG; uno sviluppo decisivo sarò rappresentato, a breve, dalla messa a disposizione nel portale InSiDER,da parte del Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie Direzione Generale Cura della persona, Salute, Welfare, della Regione Emilia Romagna, di un Cruscotto dedicato agli indicatori NSG CORE afferenti l'area Ospedaliera e Distrettuale con i dati aggiornati ai nove mesi dell'anno 2020; come di consueto la valutazione finale verrà rilasciata ad aprile dell'anno successivo a quello di valutazione.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Concorso al raggiungimento degli obiettivi a livello regionale per ogni macro-livello LEA	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.9	La gestione del patrimonio immobiliare	100%

Settore obiettivi DGR	4.9.1	Gli investimenti	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti

Obiettivo	7.10.2.1	Piano Investimenti	100%

Descrizione	Rendicontazione
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale e regionale, nell'aggiudicazione degli interventi e nella trasmissione della documentazione. Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2020, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo	Tutte le attività non connesse all'emergenza sanitaria da COVID19 hanno subito un notevole rallentamento e sono riprese con regolarità solo nel mese di maggio. Le attività connesse all'obiettivo verranno pertanto svolte nel secondo semestre 2020. I termini nazionali e regionali relativi all'aggiudicazione degli interventi finanziati con fondi statali e regionali sono stati rispettati. La documentazione necessaria alla richiesta di liquidazione dell'intervento L.06 è stata completata e l'istanza verrà inviata entro il 31/01/2021.

Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02/11/2016	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di Programma Addendum	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo incentivante (comparto)	**7.10.2.2**	**Prevenzione incendi - Prevenzione sismica**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Prevenzione incendi e sismica: Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo la normativa prevenzione incendi; azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende Sanitarie	Il SAT ha assicurato il monitoraggio degli interventi di adeguamento alle norme di prevenzione incendi e di adeguamento sismico secondo le scadenze stabilite dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo incentivante (comparto)	**7.10.2.3**	**Manutenzione**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Manutenzione: Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS	Le attività di rilevazione previste dal progetto AGENAS sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria da COVID19 e riprenderanno nel secondo semestre in relazione alle indicazioni che perverranno dalla Regione Emilia Romagna. La Regione non ha avviato le attività di rilevazione del progetto AGENAS ma si è comunque provveduto a raccogliere i dati necessari al monitoraggio della spesa per le attività manutentive

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	DGR 977/19	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo incentivante (comparto)	**7.10.2.3**	**Manutenzione**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	**7.10.2.4**	**Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Anagrafe dei complessi Immobiliari (CI): aggiornamento delle informazioni relative ai complessi immobiliari, raccolta delle informazioni necessarie al collegamento di CI al sistema GAAC	Il SAT ha assicurato, dove richiesto, le attività di propria competenza connesse all'obiettivo

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.11.2.1**	**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**			100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**7.11.2.1**	**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**	100%

Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari.	Tutte le attività di competenza del SAT e connesse alla progettazione di nuovi interventi nel rispetto dei Criteri Minimi Ambientali sono state sospese a causa dell'emergenza sanitaria. L'attività di progettazione svolta nel corso del 2° semestre 2020 è stata effettuata, per quanto applicabili, in coerenza con i Criteri Ambientali Minimini di cui al DM 11/10/2017

Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18 - DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)	Specifico flusso di riferiemento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi atttivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.9.2	Le tecnologie biomediche	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti

Obiettivo incentivante (dirigenza)	7.12.2.1	Tecnologie biomediche	100%

Descrizione	Rendicontazione
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche. L'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie deve essere ottimizzato, anche con azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti.	Sono state rispettate le scadenze per la trasmissione del flusso ministeriale NSIS-GrAP. A Dicembre è stata presentata un'istruttoria al GRTB (Gruppo Regionale per le Tecnologie Biomediche) per l'acquisizione di un robot ortopedico da destinare al presidio ospedaliero di Fidenza. L'obsolescenza dell'installato relativo alle grandi tecnologie (dato OT 2019) per l'AUSL di Parma è pari a 7,9 anni. Per mantenere l'obiettivo anche nei prossimi anni, occorre dare copertura economica alle progettualità indicate nel piano investimenti aziendale.

Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/ 2016/680403 dovranno essere sottoposte ad istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.9.3	Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA	100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico

Obiettivo	7.12.2.2	Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di HealtH Technology Assesment (HTA)	100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire il supporto al livello regionale relativamente al Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM)	Non si sono verificate istanze di interesse specifico per l'azienda ausl di Parma. E' stata garantita la partecipazione alle Commissioni DM di Area Vasta . Non sono pervenute richieste di utilizzo di tecnologie sanitarie dai Centri Collaborativi e da AGENAS; si precisa che le richieste di informazioni sull'utilizzo delle tecnologie sanitarie provengono istituzionalmente dal GRTB.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni tecnologiche sanitarie da proporre a valutazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritarizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre in valutazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Area obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**	88%

Sub-area obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**	88%

Settore obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**	88%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2020	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**6.4.2.1**	**Supporto alla'attività di gestione del Riesame della Direzione.**	100%

Descrizione	Rendicontazione
Il Riesame della Direzione è lo strumento per: - valutare l'adeguatezza dell'organizzazione in rapporto alle politiche aziendali e alle prestazioni erogate, attraverso l'analisi di opportuni indicatori - evidenziare le problematiche legate ad aspetti generali di organizzazione, tecnologia e clinica –assistenziale, attraverso l'analisi dei risultati dell'audit interno - definire la messa a punto di piani di miglioramento, volti a correggere, oppure a prevenire le problematiche emerse - definire le modifiche e i cambiamenti alla politica, agli obiettivi e al Manuale della Qualità. Il Riesame del SGQ avviene a due livelli: ? Aziendale: la Direzione Generale riesamina l'organizzazione nel suo complesso, valuta il raggiungimento degli obiettivi generali e di Dipartimento, definisce i nuovi indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori e stabilisce le responsabilità per la loro attuazione. ? Dipartimento/UU.OO/Servizi: il Direttore di Dipartimento riesamina l'organizzazione dell'UO, valuta il raggiungimento degli obiettivi fissati per la propria area e pianifica le azioni di miglioramento, coerentemente con la scheda di budget.	Nel gennaio 2020 la Direzione è stata supportata nella predisposizione e verifica del Riesame della Direzione (2019). Inviata a tutti i Direttori di Dipartimento Ospedaliero e Territoriale per la richiesta di elaborazione delle Schede di Riesame. Dall'esito dei risultati evinti, la programmaizone degli obiettivi di sistema per il 2021.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**6.4.2.1**	**Supporto alla'attività di gestione del Riesame della Direzione.**			100%
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	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 per la Direzione Strategica della documentazione derivante dai dati e dai riesami dipartimentali	Elaborazione scheda di riesame dalla Direzione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.4.2.2**	**Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento DGR 1943/17, misurando il grado di adesione nei processi direzionali agli stessi requisiti. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie	Due i livelli di verifica del grado di aderenza ai requisiti regionali indicati nella DGR n. 1943/2017, uno interno (audit interno) ed uno esterno (audit esterni di terza parte). Per quanto attiene gli audit diprimo livello, sono state individuate delle strategie e strumenti alternativi tali da consentire all'ufficio di procedere alla valutazione del grado di applicazione del SQ; sul tema visite di verifica programmate su base regionale, si evidenzia che per l'anno 2020 l'attività di verifica esterna è stata momentanemente sospesa. Le Aziende sono in attesa di indicazioni regionali per conoscere le nuove modalità di visita, in grado di garantire efficienza, qualità e sicurezza; tuttavia coaudivati dalla funzione regionale OTA, si procede, quando necessario, alla prosecuzione delle attività di verifica documentale in "modalità remota" , nel caso in cui a seguito di strutturre oggetto di verifica durante il periodo precedente alla pandemia , alcune di queste sono risultate critiche in alcuni punti di applicazione del sistema qualità.

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.4.2.2**	**Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento**			100%

Indicatore	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	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		0,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.5.3.1**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza**			100%

Descrizione	Rendicontazione
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). Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo. Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica. Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi	Nell'anno 2020 il consumo di prodotti idroalcolici/1000 giornate di degenza ordinaria è stato pari a 43,94 L/ 1000 giornate di degenza L'analisi della Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico per la nostra Azienda, riferita al I semestre 2020, ha visto una % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza pari al 85,2%.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**

Obiettivo	**6.5.3.1**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza**	100%

Indicatore	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 procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		85,20%		100,00%
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario (20 litri per 1.000 giornate di degenza)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		43,94		100,00%
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**

Obiettivo	**6.6.2.1**	**Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**

Obiettivo	**6.6.2.1**	**Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare**	100%

Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. Fondamentale è l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc. Per il 2020 si prevede di attivare almeno 1 iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con partecipazione di operatori compresi i medici convenzionati.	L'Azienda ha partecipato alla organizzazione di un laboratorio formativo "Prevenzione e salute riproduttiva in una prospettiva di genere" che si è svolto presso la Regione Emilia Romagna il 10/02 al quale hanno partecipato diversi professionist provenienti da tutta la Regionei. Alcuni operatori dell'aziendali hanno partecipato ad un secondo Laboratorio svolto in modalità webinar dal titolo "Patologia epatica in una prospettiva di genere" che si è svolto in data 18/06/2020. E' stato organizzato il consueto evento interaziendale dal titolo " LA MEDICINA DELLE DIFFERENZE. Stereotipi di genere ed equità" la cui data si doveva svolgere il 18/03/20. A seguito del lockdown l'incontro formativo è stato rinviato a data da destinarsi

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 evento formativo interaziendale	Atti U.O. formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Partecipazione di professionisti aziendali ad almeno due Laboratori regionali sulla Medicina di genere	Evidenze documentali	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo incentivante (dirigenza)	**6.6.2.2**	**Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**6.6.2.2**	**Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)**			100%

Dopo l'attivazione nel 2019 del Piano interaziendale per l'Equità, il 2020 vedrà la messa a regime dello strumento, l'utilizzo degli strumenti Equity assestement la diffusione della cultura dell'Equtià attraverso specifici momenti formativi.	Nel primo semestre 2020 sono proseguiti gli incontri per l'applicazione dell'HEA al tema dimissioni dfficili.E'stata organizzata una visita al Punto Unico Dimissioni presso l'Ospedale di Parma e sono stati organizzati un incontro con i Comitati Consultivi Misti dei 4 Distretti e con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie di Parma. A seguito delle misure di sicurezza definite per Covid 19 si sono sospesi gli incontri del gruppo di lavoro in attesa di ri -calendarizzare nell mese di Settembre 2020. In collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna si sta organizzando un e-Lab (autunno) per le Aziende sanitarie dei territori di Piacenza e Parma finalizzato a fare il punto sulle azioni messe in campo dalle Aziende nel corso degli anni e coinvolgere i professionisti nella riflessione sugli sviluppi per i prossimi anni. Si sono svolti due incontri di preparazione, uno in presenza ed uno in modalità online con i referenti della Regione Emilia – Romagna. Il Board Interaziendale non si è ancora riunito a causa del rinnovo della Direzione Aziendale e delle misure messe in atto per fronteggiare Covid 19. Nel secondo semestre, a causa della perdurante situazione di emergenza legata al Covid e della nomina della nuova Direzione Aziendale (giunta a compimento a settembre 2020), si sono svolti incontri specifici con le nuove Direzioni per l'aggiornamento sui progetti in corso. Il progetto per l'applicazione dell'HEA al tema "Dimissioni Difficili" ha subito uno rallentamento dovuto alla necessità di rinegoziare il percorso con la nuova Direzione Aziendale. La referente equità ha partecipato a tutte le riunioni organizzate dall'ASSR. Il 24 e 27 Novembre la referente equità ha partecipato al convegno "La vita dentro e "oltre" gli ospedali. Benessere ambientale e umanizzazione alla luce del COVID19" a cura dell'ASSR. Le referenti equità di AUSL e AOU si sono rese pomotrici, insieme con i responsabili della ASSR, dell'ideazione e dell'organizzazine del laboratorio "Equità in pratica nell'epoca Covid-19", svolto il 03/12/ 2020, e rivolto alle Direzioni Aziendali di Area Vasta Emilia Nord. A Dicembre si è concluso il percorso di utilizzo dell'EQIA al "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale per il trattamento delle Neoplasie della Mammella" che ha visto il coinvolgimento dei professionisti di AUSl ed AOU, di Associazioni di volontariato e rappresentanti degli assisititi. E' stato condiviso un report che sarà presentato alle Direzioni delle Aziende in quanto vi sono contenute proposte di miglioramento immediatamente spendibili nell'ottica dell'equità. Un secondo progetto di applicazione di EQIA è stato presdisposto per il PDTA Interaziendale per il trattamento della Neoplasia Ovarica per il quale si è svolto un incontro introduttivo con alcuni referenti.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo incentivante (dirigenza)	**6.6.2.2**	**Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)**			100%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Convocazione di almeno 2 board aziendali per la gestione del Piano	Evidenze Documentali	Sì/No		Sì	No	No		
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità	Evidenze Documentali	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Utilizzare strumenti di equity assesment su almeno 2 percorsi diagnostico terapeutici aziendali e/o interaziendali	Evidenze Documentali	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Organizzazione evento formativo AVEN per diffusione cultura equità	Evidenze Documentali	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**6.6.2.3**	**Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**

Obiettivo	**6.6.2.3**	**Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**

Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi.Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere: a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/ istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari). Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata	La situazione emergenziale ha di fatto bloccato tutte le attività previste e programmate che verranno parzialmente ricalendarizzate nel secondo semestre dell'anno.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 professionisti di almeno un Distretto al percorso Community Lab	Evidenze Documentali	Sì/No		Sì	No	No		

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.1	**Area della ricerca e della didattica**

Obiettivo	**6.6.2.4**	**Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema di ricerca e innovazione**	100%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica

Obiettivo	6.6.2.4	Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema di ricerca e innovazione	100%

La segreteria locale per la provincia di Parma del CE di Aven dovrà collaborare all'attivazione e corretta alimentazione della piattaforma informatica regionale SIRER secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale. L'Azienda dovrà assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali che saranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento per il governo del sistema della ricerca approvato con DGR n.910/2019 anche al fine di adottare modalità omogenee a livello regionale relativamente agli adempimenti previsti dalla suddetta delibera .	La segreteria locale per la provincia di Parma del CE di AVEN ha assicurato la collaborazione per la corretta alimentazione della piattaforma SIRER secondo i tempi e modi definti a livello regionale. E' stato rispettato il cronoprogramma di attivazione e implementazione di SIRER come stabilito con nota prot 7940 del 06/02/2020 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, con il supporto degli amministratori aziendali allo scopo nominati : dal 1° di marzo la piattaforma SIRER è stata utilizzata da tutti i proponenti studi interni alle Aziende/IRCSS del SSR (compreso il personale universitarioconvenzionato) dal1° di maggio l'utilizzo della piattaforma è statoesteso anche a tutti i promotori esterni e la personale universitario non convenzionato con l'Azienda. Il17 gennaio è stata assicurata la presenza di rappresentanti della Direzione Aziendale all'incontro presso l'ASSR propedeutico all'avvio operaivo della piattaforma SIRER ; il17 aprile e il 10 luglio e 10 novembre è stata assicurata la partecipazione agli incontri via web organizzati per amministratori di sistema e referenti aziendali di SIRER. Non risultano essere stati attivati guppi di lavoro in conseguenza dell'approvazione del documento regionale di governo del sistema della ricerca .

Obiettivi Performance	3.1.1	Attività di ricerca	Riferimento Normativo	DGR 977/19 ; DGR 910/2019

Indicatore	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 la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma	SIRER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione

Obiettivo	6.6.2.5	Health Literacy (Scheda 27)	66%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**6.6.2.5**	**Health Literacy (Scheda 27)**			66%

L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo perché non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti ad interrompere per fare domande mentre i professionisti sanitari utilizzano termini scientifici parlano rapidamente ed interrompono il paziente. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. Diventa importante investire sulla formazione dei professionisti, produrre e rivedere materiale informativo in modalità partecipata con pazienti e caregiver e favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.	In un contesto fortemente limitato dall'emergenza Covid-19 nel primo semestre è stato reso disponibile a tutti i dipendenti un corso FAD sull'Health literacy a cui hanno partecipato fin'ora n. 26 dipendenti. Il Corso, fruibile anche nel secondo semestre ha visto ulteriori 3 partecipanti per un totale di 29 partecipanti che hanno frequentato e concluso la FAD. Non è stato invece possibile realizzare le altre attività programmate.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Promuovere tra i dipendenti (Intranet) la possibilità di partecipare al percorso regionale in FAD sull' health literacy	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Partecipazione di almeno 30 professionisti al percorso regionale FAD sull'helath literacy.	specifico flusso di riferimento	Numero >=	15,00	30,00	0,00	29,00	0,00%	97,00%
Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e care giver	specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì	Sì	No	No	0,00%	0,00%

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**6.6.2.6**	**Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)	**6.6.2.6**	**Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)**			

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano: - alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza; - all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali; - alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.	La situazione emergenziale ha di fatto bloccato tutte le attività previste e programmate che verranno parzialmente ricalendarizzate nel secondo semestre dell'anno; la situazione emergenziale non ha consentito la realizzazione delle attività nel secondo semestre

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	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 un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**
Obiettivo	**7.4.2.2**	**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**			29%

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**

Obiettivo	**7.4.2.2**	**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**	29%

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 2020 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	La riconfigurazione dell'intero PAF soprattutto attraverso la sospensione e/o annullamento dei progetti formativi strategici sui quali viene normalmente misurato il trasferimento degli apprendimenti o dell'efficacia della formazione ad alto impatto non ha permesso, nel corso dell'intero anno, di soddisffare il raggiungimento dell'obiettivo se non parzialmente attraverso il progetto sotto descritto. Il percorso formativo: "Lo sviluppo delle competenze degli infermieri del DAISMDP - Problem solving e Time management" si svolgerà dal 14 settembre 2020 al 20 novembre 2020. Nasce come conseguenza di un percorso dedicato alla definizione del profilo di competenze dell'infermiere del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Parma. Valutazione di trasferibilità ex ante settembre 2020 - Valutazione di trasferibilità ex post e valutazione di efficacia della formazione giugno (sarà anticipata a marzo) 2021 Due interviste strutturate costruite ad hoc (Modello di riferimento Transfer of training di Baldwin e Ford, 1988). 1 - Trasferibilità - Andremo ad analizzare i dati rispetto a 3 aree: - Progettazione formativa - Caratteristiche di personalità - Contesto organizzativo L'obiettivo è capire se i contenuti del percorso sono stati trasferiti nel contesto lavorativo e gli eventuali errori di progettazione commessi per poter migliorare la riprogettazione del 2021. 2 - Efficacia della formazione - Somministreremo un questionario specifico per indagare gli indicatori comportamentali specifici (Problem solving e Time management) che andremo a confrontare con i dati rilevati in fase di definizione del profilo di competenze ideale. L'obiettivo verificare se il gap di competenze individuato è stato colmato.

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19 (5)

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**
Obiettivo	**7.4.2.2**	**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**			29%

Indicatore	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 eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00	1,00	1,00		25,00%
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	0,00	1,00		33,00%

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.2	**Area dello sviluppo organizzativo**
Obiettivo	**7.4.2.3**	**DGR 2339/19 - Obiettivi di integrazione DGR 1806/20 "Formazione degli operatori (nel corso della pandemia COVID-19)"**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Sostegno alle attività formative sul campo, a distanza e in presenza di professionisti rispetto alla sicurezza delle cure dei cittadini (Covid-19)	Sono state organizzate direttamete oppure è stato fornito supporto per le seguenti attività: - produzione di un percorso formativo elearning "SARS-COV-2: cosa è e come utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale" - Realiazazione della piattaforma formativa/informativa in ambito provinciale "COVID-19: Formazione e Informazione" alla quale si sono iscritti 450 professionisti e sulla quale, oltre ad essere divulgate informazioni, linee guida e protocolli aziendali e regionali, sono stati organizzati, nel quarto trimestre 2020, 11 webina tematici. Sulla piattaforma è inoltre possibile l'accesso alle sezioni dedicate alla pandemia delle principali banche dati biomedicihe nazionali ed internazionali - Realizzazione di un video formativo/informativo sulla corretta esecuzione dei test antigenici rapidi - Supporto a webinar online per informazione/formazione degli operatori delle Case Residenza per Anziani delle misure di contenimento della pandemia COVID-19 e sulla corretta esecuzione dei test antigenici rapidi

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 2339/19; DGR 1806/20

Indicatore	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 erogata in tema di Covid-19 e/o temi inerenti: nr. Eventi	EVIDENZA DOCUMENTALE	Numero >=		3,00		3,00		100,00%