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

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000532

DATA: 26/07/2018 14:43

OGGETTO: Piano per la Performance 2018-2020. Approvazione.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Saccenti Elena in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Brianti Ettore - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Chiari Marco - Direttore 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:

- [01-07-01]
- [01-01-04]
- [01-01-12]
- [01-07-03]
- [01-01-06]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Area Giuridica Risorse Umane
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Valli Taro e Ceno)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Sud-Est)
- Information and Communication Technology (ICT) - AuslPR
- DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica
- DIPARTIMENTO Assistenza Integrata-Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
- DA - Area Interaziendale Economico Finanziaria
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Dipartimento Interaziendale Risorse Umane
- Dipartimento Interaziendale Information and Communication Technology
- Servizio Acquisizione Beni
- DIREZIONE SANITARIA Aziendale
- DIREZIONE GENERALE Aziendale
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA Aziendale

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

- DIREZIONE ATTIVITA` SOCIO SANITARIE
- DISTRETTO di Parma
- DISTRETTO di Fidenza
- DISTRETTO Valli Taro e Ceno
- DISTRETTO Sud-Est
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Parma)
- Direzione Medica del P.O. Aziendale
- DIPARTIMENTO Sanita' Pubblica
- Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Dipartimento Emergenza-Urgenze P.O. Aziendale
- Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica
- Servizio Logistica E Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
- Servizio Esecuzione Contratti Fornitura Beni
- Servizio Attivita' Tecniche
- DG - Struttura Interaziendale Stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza
- DA - Struttura Interaziendale Internal Auditing
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Fidenza)
- DA - Struttura Interaziendale Servizio Affari Generali
- Area Economica Risorse Umane

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000532_2018_delibera_firmata.pdf	Brianti Ettore; Rossi Giuseppina; Chiari Marco; Saccenti Elena	31CB86DBEFC85E845036D28E67C541F4 9A5511327C6575C9B4C1B2CCC76CCF62
DELI0000532_2018_Allegato1.pdf:		62E017DC5FAFC98EF47D4CF1895FD404 EFB2AEC3C2703E135743F58D1B37D114

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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Piano per la Performance 2018-2020. Approvazione.

IL DIRETTORE GENERALE

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

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

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

- Art. 10 comma 1 lettera a) in base al quale, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono annualmente, ento il 31 Gennaio un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed I relative indicatori;
- Art. 15 comma 2 lettera b), in base al quale l'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione definisce il Piano della performance con i vertici dell'amministrazione;

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

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

RICHIAMATO il Piano Performance 2016-2018 di cui alla Delibera di adozione del Bilancio d'Esercizio, n. 437/2016, adottato come allegato al Bilancio;

VISTE le disposizioni di cui al documento "Sistema di misurazione e valutazione della performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020" dell'OIV regionale, acquisito in data 17.05.2018 al n. 33381 del protocollo aziendale, che prevedono la redazione di nuovo Piano della Performance per il triennio 2018-2020, al fine di tenere conto dei riassetti aziendali regionali intervenuti, dell'evoluzione contenuta nelle linee di programmazione regionale negli ultimi anni ed inoltre ottenere un allineamento temporale tra la

scadenza del documento e la naturale scadenza della maggior parte degli incarichi direttivi aziendali regionali;

VISTO altresì che le disposizioni dell'OIV regionale di cui al punto precedente prevedono che l'adozione del nuovo Piano della Performance 2018-2020 avvenga attraverso apposita deliberazione del Direttore Generale entro il termine del 31/07/2018;

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

ATTESO che il Piano della Performance 2018-2020, posto in allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 150 del 2009, in coerenza con le indicazioni contenute nelle delibere CIVIT n. 112/2010 e A.N.A.C. n. 6/2013, nelle Delibere OIV n.1/2014 e n.3/2016 e secondo le indicazioni di cui alla citata nota OIV prot.33381 del 17.05.2018 "Sistema di misurazione e valutazione della performance nuovo Piano della Performance 2018-2020;

SU PROPOSTA del Direttore Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

Delibera

- di adottare, per le motivazioni esposte in premessa il Piano della Performance 2018-2020, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento e di approvarne i contenuti;
- di pubblicare detto Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente – Piano della Performance" del sito aziendale;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa da iscriversi a Bilancio;
- di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, all'Organismo Indipendente di Valutazione regionale, all'Organismo Aziendale di Supporto, al Responsabile Interaziendale Trasparenza e Anticorruzione e a tutte le articolazioni aziendali.

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

2018

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

Piano della Performance 2018-2020

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

.
.
25/07/2018

Sommario

1. Executive Summary 4
2. Premessa 7
3. Identità dell'Azienda Sanitaria 9
   3.1. Chi siamo 9
   3.2. Il Contesto 10
   3.3. Il Personale 16
   3.4. I Dati Economici 20
   3.5. Come Operiamo 22
4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance 25

Dimensione di Performance dell'utente 25

- Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni 25
- Area dell'integrazione: 26
- Area degli esiti: 26

Dimensione di Performance dei processi interni 26

- Area della produzione 26
- Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico 27
- Area dell'organizzazione: 28
- Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza: 29

Dimensione di Performance dell'innovazione e dello sviluppo 30

- Area della Ricerca e della didattica 30
- Area dello sviluppo organizzativo 30

Dimensione di Performance della sostenibilità 30

- Area economico-finanziaria 30
- Area degli investimenti 30

5. La Misurazione e Valutazione della Performance 32

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa 32

Misurazione e Valutazione della Performance Individuale 33

6. Collegamento con trasparenza e integrità 35
7. Indicatori di risultato 36
   1.1. Area Accesso e Domanda 37
   1.2. Area Integrazione 38
   1.3. Area Esiti 39
   2.1.1. Area Produzione-Ospedale 40

2.1.2. Area Produzione-Territorio 41
2.1.3. Area Produzione-Prevenzione 42
2.2. Area Appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico 43
2.3. Area Organizzazione 44
2.4. Area Anticorruzione-Trasparenza 44
3.1. Area Ricerca e didattica 44
3.2. Area Sviluppo organizzativo 45
4.1. Area Economico-Finanziaria 45
4.2. Area degli Investimenti 45
1. Allegati: criteri di valutazione degli obiettivi di Budget e Es. scheda di budget 46

1. Executive Summary

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale che contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse ed i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa. Il presente piano ha validità 2018-2020, ed è redatto in conformità alla normativa nazionale in materia ed alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR), in primis con la Delibera n. 3/2016.

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

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

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

- la **sostenibilità economica,** che è condizione necessaria per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**, **4.1.2**, **4.2.1**).
- il **riordino dell' assistenza Ospedaliera** in quanto dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete dando continuità all'applicazione a livello locale delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 02/04/15 n.70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera". (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.1**)
- il **consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio** che deriva da un diverso ruolo attribuito all'ospedale rispetto ai livelli assistenziali erogati, che ha imposto un radicale mutamento delle politiche sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio ed allo sviluppo dell'assistenza territoriale potenziando la sua capacità di intercettare la domanda di assistenza, soprattutto per quanto riguarda la cronicità, con lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico, che nelle Case della Salute trovano il loro elemento ottimale di sintesi. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.2**)
- la **facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero**, con impegni sulla gestione delle liste di attesa, al fine di garantire, per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, tempi di attesa che rispettino gli standard definiti, anche attraverso lo sviluppo di azioni di governo clinico per promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed azioni di riorganizzazione del modello erogativo. (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso** : obiettivo **1.1.1**)
- il **consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale**, con l'impegno prioritariamente orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio con particolare riferimento all'integrazione dei percorsi con l'Azienda Ospedaliero Universitaria (Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione** : obiettivo **1.2.1**)
- la **attività di prevenzione e promozione della salute**, dove strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, dando piena applicazione al Piano Regionale della Prevenzione articolato in

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

- il **governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero**, in cui rivestono particolare rilevanza la **Assistenza perinatale**, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto, la **PMA** (procreazione medicalmente assistita), dove andrà perfezionato il percorso assistenziale in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e la **Appropriatezza farmaceutica**, dove dovranno essere realizzate attività strutturate che coinvolgano i medici prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, secondo le indicazioni contenute nei documenti Regionali. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.2**)
- la **qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**, fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurare sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi che il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale, rappresentano principi inderogabili dell'Azienda che orientano le attività in tutte le articolazioni e le scelte programmatiche. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **2.2.1**)
- la **integrazione socio-sanitaria**, assicurando innanzi tutto la completa attuazione dei nuovi LEA, con particolare riferimento al ruolo del care-giver ed inoltre il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria a livello aziendale e garantendo adeguati processi sia rispetto agli ambiti distrettuali che alle funzioni dipartimentali. In particolare per quanto riguarda il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR, i servizi sociosanitari accreditati, l'attuazione del progetto demenze e l'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: obiettivo **1.2.2**)
- la **integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari**, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali, e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti. (Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione:** obiettivo **2.3.1**).
- lo **sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi**, al fine di creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità. Particolare impegno si richiede nell'adozione e diffusione del nuovo software della scheda sanitaria individuale dei medici di medicina generale e lo sviluppo della telemedicina. (Riferimento dimensione di performance **dei processi interni – area della organizzazione:** obiettivo **2.3.2**).
- la **razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti**, in questo settore sarà necessario orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke ed, a livello territoriale, sulle Case della Salute e nello sviluppo della telemedicina. (Riferimento dimensione di performance **della sostenibilità– area degli investimenti:** obiettivo **4.2.1**).
- il **governo dei processi di acquisto di beni e servizi**, con l'obiettivo prioritario della piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**)
- Il **governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano** dove diventa prioritario agire sullo sviluppo delle competenze del personale per ottimizzare i processi produttivi ed effettuare la programmazione aziendale tenendo conto degli obiettivi e degli standards, di tipo economico-finanziario e gestionale, contenuti nella deliberazione regionale di programmazione annuale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto. (Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivo **4.1.2**), (Riferimento **dimensione di performance**

della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo: obiettivo **3.2.1**), (Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area della ricerca** : obiettivo **3.1.1**)

- gli **adempimenti nei flussi informativi**, ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale – trattandosi di adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale. (Riferimento **dimensione di performance dei processi interni- area dell'organizzazione**: obiettivo **2.3.3**).

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

Il **sesto capitolo** (**Collegamento con trasparenza e integrità**), descrive le modalità con cui si intende realizzare lo strumento di collegamento ed integrazione, nel processo di programmazione aziendale, tra le aree di attività della trasparenza e integrità ed il ciclo di gestione della performance, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione

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

Nell'**allegato n. 1**, per una migliore comprensione del processo, vengono descritti i criteri di valutazione degli obiettivi di Budget, accompagnati da un esempio di scheda di budget operativo utilizzata, con l'evidenza dei collegamenti tra i documenti di programmazione aziendale ed il sistema di valutazione individuale.

2. Premessa

Il D.Lgs. n.150/2009 ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, ed il presente documento, Piano delle Performance per gli anni 2018-2020, è il riferimento programmatico triennale dove sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali ed i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione degli stessi.

Il presente documento è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nelle Delibere n. 1/2014 "Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance", n. 2/2015 "Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS" e n. 3/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance"

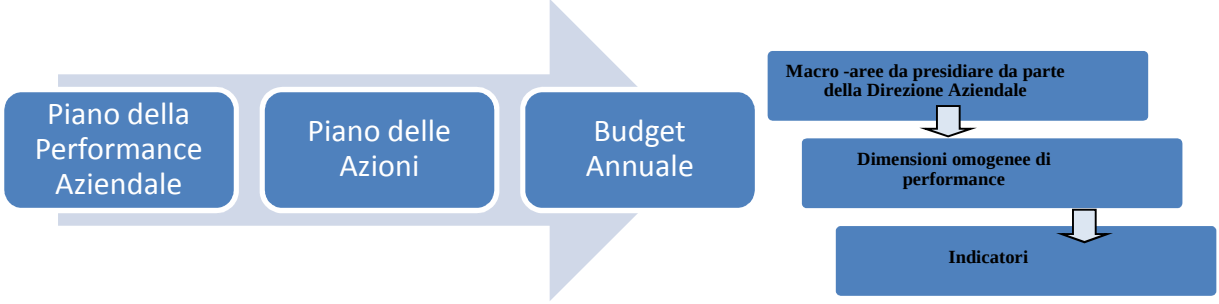
Con riferimento all'anno 2018 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si pone, e su cui si basa la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri di Responsabilità da riportare nelle schede di budget.

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

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

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

Di seguito la successione logica delle fasi:



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

- ✓ **DGR 919/2018** "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018"
- ✓ **DGR 120/2017** "Approvazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019"
- ✓ **DGR 1423/2017** "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019"
- ✓ **DGR 272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici"
- ✓ **DGR 365/2017** "1° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017"
- ✓ **DPCM 12 gennaio 2017** "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di assistenza"
- ✓ Regione Emilia Romagna – X Legislatura – **Programma di mandato della Giunta e Focus sul primo anno di lavoro** – Bologna 26 gennaio 2015;
- ✓ **DGR 172/2015** "Accettazione e dimissioni e designazione Direttore Generale Azienda USL di Parma"
- ✓ **DM 02/04/15 n.70** "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera"
- ✓ **DM** attuativo del **DL n. 78/2015** "Decreto Enti Locali – Razionalizzazione spesa SSN"
- ✓ **DGR 1056/2015** "Riduzione delle Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie";
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano, concernente il **"Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016"** (**rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014**);
- ✓ **DGR 2040/2015** "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e da DM Salute 70/2015";
- ✓ **Decreto Lgs n. 118 del 23/06/2011** e s.m.i. che al titolo II detta disposizioni sui *"principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario"* introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativi;
- ✓ **D.L. n. 95 del 06/07/2012***("spendingreview")* convertito con modificazioni dalla L. 07/08/2012 n. 135 che, con la **L. 24/12/2012 n. 228** (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- ✓ **L. n. 190 del 06/11/2012 "***Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";*
- ✓ **Decreto Lgs. N. 33 del 14/03/2013 "***Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicita', trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* che introduce il "diritto di accesso civico".
- ✓ **L. n. 190 del 23/12/14***"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato"* (Legge di stabilità 2015)

Inoltre sono da ricordare per la rilevanza che rivestono:

- ✓ **DGR 344/18** "Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professioni"
- ✓ **DGR 2128/17** "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa"
- ✓ **Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli ospedali di comunità in Regione Emilia-Romagna** (documento programmatico 2013-2015);
- ✓ **DGR 291/2010** *"Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale"*
- ✓ **Accordi Collettivi Nazionali di categoria** (AA.CC.NN. 27/05/2009 e s.m.i.) con il personale a rapporto convenzionale declinati negli Accordi Integrativi Regionali e negli Accordi Locali;

3. Identità dell'Azienda Sanitaria

3.1.Chi siamo

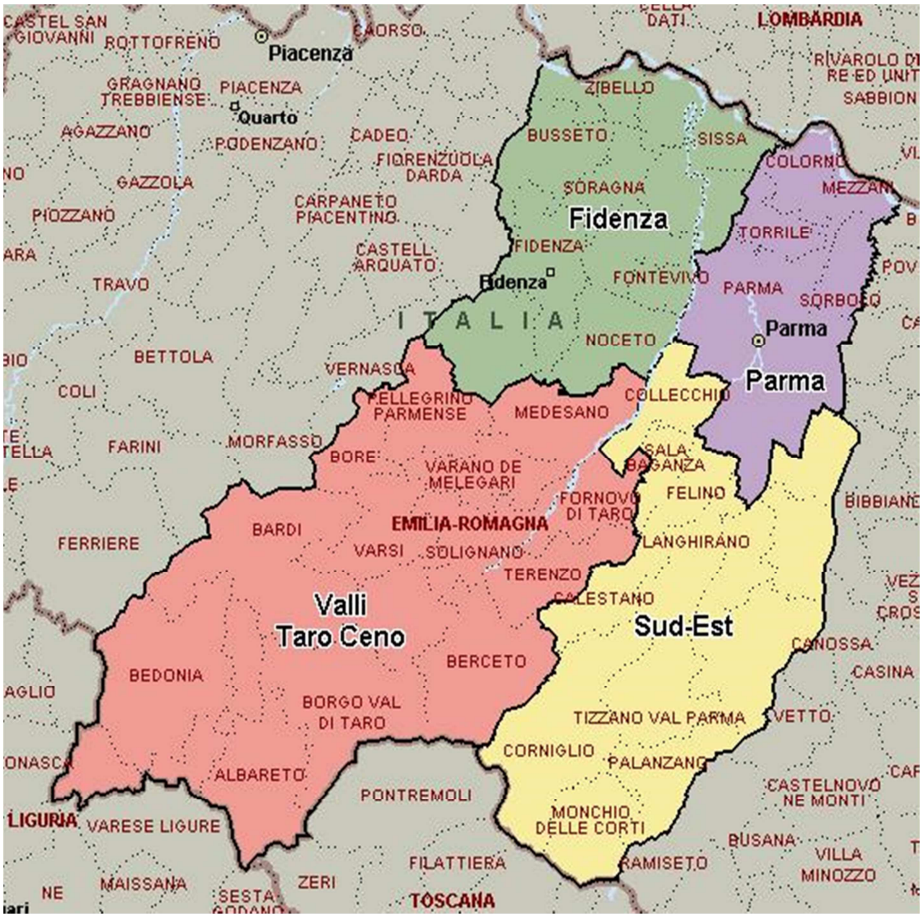
Per un maggiore approfondimento è necessario fare riferimento all'Atto Aziendale, adottato con Deliberazione n. 107 del 13/03/08 e successive modifiche e integrazioni.

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

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

3.2.Il Contesto

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



L'Azienda USL di Parma, il cui compito è di garantire nel proprio ambito territoriale i Livelli Essenziali di Assistenza realizzando le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, svolge la propria attività nell'area geo-amministrativa della Provincia di Parma, composta da 45 comuni in una superficie di 3.448 Kmq. Articola la sua organizzazione su quattro distretti sanitari, comprendenti i seguenti comuni:

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

Al primo gennaio 2017 si contavano **448.207** abitanti, 1.220 in più rispetto all'anno precedente.

Per il terzo anno consecutivo la popolazione provinciale registra un lieve aumento in un contesto demografico nazionale stagnante se non in declino (solo in 4 regioni su 20 si hanno differenziali positivi). In

questo quadro, però, si inserisce la continua diminuzione delle nascite, diminuzione che in passato veniva compensata da una forte immigrazione, ultimamente molto ridotta a causa anche della diminuzione dei flussi di ingresso in provincia. Il saldo naturale risulta già da diversi anni negativo, ma è possibile affermare che il territorio mantiene ancora un buon livello di attrattività. La componente femminile risulta essere maggioritaria con il 51,4%.

La popolazione straniera costituisce il 13,5 % del totale, con un aumento dell'1,1% rispetto all'anno 2016. I bambini stranieri nella fascia 0-4 anni sono 1 su 4. Inoltre, anche se la componente più giovane è preponderante, si incomincia a intravedere una sensibile presenza nelle fasce d'età più avanzata. Infatti, nell'arco temporale di due decenni, la quota degli over 64 anni risulta moltiplicata per un fattore 20 (114 del 1997, 2.250 all'1 gennaio 2017).

Tabella n.1: Dati anagrafici salienti per Distretto Sanitario

Distretto	N° Comuni	Popolazione	%	indice di vecchiaia	>64 anni	% pop. femminile
Parma	5	222.864	49,7%	165,0	49.274	52,0%
Fidenza	11	103.892	23,2%	173,6	24.301	51,0%
Sud Est	13	76.563	17,1%	164,9	17.471	50,2%
Valli Taro e Ceno	16	44.888	10,0%	240,2	12.867	50,6%
Provincia di Parma	**45**	**448.207**	**-**	**173,7**	**103.913**	**51,4%**

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

Tabella n.2: Dati anagrafici salienti per zone altimetriche

Zone altimetriche	N° Comuni	Popolazione	Superficie Kmq	Densità abitativa	indice di vecchiaia	% >64 anni	% pop femminile
Pianura	14	277.997	863	322,1	165,8	22,3%	51,7%
Collina	16	141.125	1086	129,9	163,8	22,8%	50,9%
Montagna	15	29.085	1499	19,4	349,7	33,6%	49,9%
Provincia di Parma	**45**	**448.207**	**3448**	**130,0**	**173,7**	**23,2%**	**51,4%**

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

- ✓ **l'indice di vecchiaia**, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, riferito al numero degli ultrassessantacinquenni e dei giovani fino ai 14 anni, è uguale al valore 173,7, variando dal 164,9 del Distretto di Parma al 240,2 del Distretto Valli Taro e Ceno.
- ✓ **l'indice di struttura della popolazione attiva**, cioè il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa, è uguale a 139,2. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).
- ✓ **l'indice di ricambio della popolazione attiva** con il valore di 134,6 denota una popolazione in età lavorativa molto anziana.
- ✓ **l'età media** è di 45 anni, nel 2002 era 44,8.
- ✓ gli **indici di natalità e mortalità**, nel 2016, ultimi dati censiti, risultano essere, rispettivamente, 8,2 e 11; nel 2002 erano 8,4 e 12,6.

	Indice di struttura popolazione attiva	Indice di ricambio popolazione attiva	indice di natalità (2016)	Indice di mortalità (2016)
Provincia di Parma	139,2	134,6	8,2	11

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

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

Nell'ambito delle **relazioni sociali** si è in presenza di un'ampia diffusione sia del volontariato che delle Istituzioni non profit, superiori sia alla media regionale che all'intera nazione.
Il versante **sicurezza** evidenzia un dato non sempre lusinghiero, rispetto alla media regionale e italiana, sia sui delitti violenti che sui crimini di minore entità.

Sul tema "**Lavoro e conciliazione dei tempi di vita**", i dati della nostra provincia restituiscono valori apprezzabili per quanto riguarda l'occupazione. Meno soddisfacenti se si considerano gli infortuni sul lavoro.

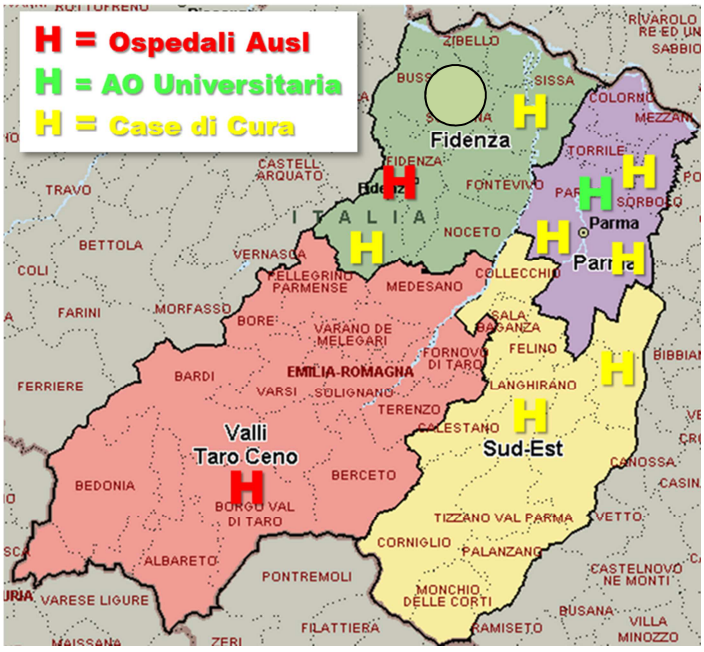
L'ambiente, considerando la dinamicità del territorio e la sua posizione geo-climatica, risulta spesso aggredito dalle varie componenti che influiscono negativamente sulla qualità dell'aria. I superamenti dei limiti del PM10 nell'aria, infatti, risultano spesso il doppio della media italiana. Verde e piste ciclabili sono diffusi in maniera eccellente. La produzione di energia da fonti rinnovabili presenta ancora grandissimi margini di sviluppo.

Particolare menzione merita il **sistema scolastico superiore** della nostra provincia che, anche grazie alla presenza di specifici istituti (artistico ed alberghiero), presenta una forte attrattivà rispetto alle province limitrofe, con un saldo positivo fra studenti in entrata e in uscita per un ordine di grandezza superiore al migliaio di unità.

L'assetto economico della provincia ha, ovviamente, risentito negativamente della congiuntura che ha caratterizzato lo scenario globale con la sua fase regressiva. I dati per classe dimensionale di impresa mostrano un depauperamento strutturale su quasi tutti i segmenti, ma soprattutto sulle piccole e piccolissime imprese, diminuite sia numericamente che in termini di occupazione. E' solo di recente che analisi specifiche riportano il sistema in un quadro di sviluppo più incoraggiante, soprattutto se paragonato a livello nazionale. La provincia di Parma può ancora vantare di diritto il titolo di food valley italiana, e non solo per la presenza di tipicità gastronomiche universalmente apprezzate, ma anche per le eccellenti realtà industriali alimentari di caratura internazionale.

Gli interventi per la **sicurezza stradale**, all'interno dell'obiettivo generale di dimezzare le vittime entro il 2020, hanno permesso al nostro territorio di avere l'indicatore di valutazione tra i migliori. In particolare i decessi si sono ridotti di quasi il 70% rispetto all'anno 2001, nonostante si sia in presenza di un continuo aumento di mezzi circolanti e la diffusa abitudine di utilizzare dispositivi causa di distrazioni alla guida (navigatori, smartphone, accessori vari utilizzati in maniera inappropriata).

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



La Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.087 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 66,7% (1.390 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgotaro, 336 p.l., e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.054 pl, 50,5% del totale). Il privato gestisce 7 ospedali con 697 p.l. autorizzati di cui 645 p.l. sono riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna come utilizzabili per le esigenze del SSN (33,3%). Di questi ultimi 645 p.l. concessi al privato accreditato, il numero complessivo effettivamente utilizzato a carico del SSR è stato nel 2017 pari a 598 (presenza media giornaliera complessiva delle strutture private accreditate nell'anno 2017).

Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Parma dispongono della maggior quota dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari, Don Carlo Gnocchi e Villa Igea).

Per quanto sopra premesso, sono quindi effettivamente disponibili, per le esigenze complessive del SSN, 4,21 pl ogni 1.000 abitanti. Lo standard così ricalcolato è superiore al parametro nazionale del 3,7 per 1.000, ma è ampiamente giustificato dalle funzioni Hub regionali e dalla caratterizzazione di Azienda Ospedaliero/Universitaria dell'Ospedale Maggiore di Parma, nonché dalla mobilità attiva extra-regionale, in saldo ampiamente positivo. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per la popolazione residente in provincia è pari a 147,9 (anno 2017) .

L'assistenza ospedaliera, nel suo complesso, mostra, già da alcuni anni, una tendenza negativa sia in termini di produzione (-2,8%) che di consumo (- 2,4%).

Nell'ambito Privato accreditato la produzione incrementa del 2,4%, in quello pubblico mostra una sostanziale stabilità, pur con segno negativo (-0,2%)

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

Nel 55,8% si rivolgono all'Azienda Ospedaliero-Universitaria , nel 20% agli Ospedali Aziendali di Fidenza e di Borgo Val di Taro, nel 19,2% alle varie strutture private accreditate provinciali. Solo nel 5% i ricoveri sono effettuati in ospedali extra-provinciali.

La rete delle ***Cure Intermedie***, ormai in una fase di sviluppo avanzato, dispone di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, rispondendo appieno all'esigenza prioritaria di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. E' possibile, così, assicurare assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico-

terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. Sono già operativi 30 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Riabilitation Week Hospital e 10 p.l. di Lungoassistenza); 18 p.l. di Lungoassistenza sono stati attivati presso lo stabilimento di Borgotaro. Posti letto di cure intermedie sono stati attivati anche strutture socio sanitarie, 6 p.l. presso l'ASP "San Mauro Abate" di Colorno, 6 presso la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano.

Per quanto riguarda nel complesso l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 95 strutture pubbliche e 172 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 267 strutture). L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da 280 MMG, 60 PLS e 146 MCA , che operano in 21 NCP (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità).

Sono in fase di realizzazione **28 Case per la salute: 18 (64,3%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.

Nella Casa per la salute si cerca di garantire:

• facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione coni professionisti);

• coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura,counseling,);

• pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazionedelle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);

• il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza(tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informaticheorizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute operera un teammulti professionale e multi disciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. l'Azienda USL di Parma assicura oltre 5.000.000 prestazioni ai cittadini residenti nella provincia di Parma attraverso l'erogazione diretta (Ospedali Aziendali e Poliambulatori USL), i contratti di fornitura (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Privato Accreditato), una parte residuale è stata usufruita in mobilità passiva infra ed extra regionale. L'Indice di Consumo per 1.000 abitanti, per le prestazioni di base, è pari a 1.263.

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologicheche comprende le Aree Disciplinari di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Psicologia Clinica, è presente nei quattro distretti dell'Azienda USL con una Unità Operativa di NPIA, un CSM e un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 210.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria oltre 68.000 prestazioni/anno, il Servizio Dipendenze Patologiche ha in carico circa 2.000 pazienti/anno.

L'Assistenza agli Anziani viene erogata attraverso strutture residenziali accreditate, destinate all'accoglienza e alla cura degli anziani non autosufficienti, e servizi semiresidenziali, finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento ed una diffusa distribuzione sul territorio. Grande impulso è derivato dalla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficenza (FRNA) finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili,

distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi a loro vive accanto e se ne prende cura. Il FRNA è programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il Welfare e sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali. E' attuato attraverso il piano annuale delle attività, elaborato dal Comitato di Distretto e dal Direttore del Distretto sulla base delle indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ed il riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda USL, luoghi deputati alla programmazione ed al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento.

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

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

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

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

3.3.Il Personale

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dell'Azienda USL di Parma, secondo la caratterizzazione professionale e di genere.
Nella tabella 1 viene elencato il personale dipendente, suddiviso nelle macro aree per categoria di appartenenza, sia di ruolo che a tempo determinato, fotografando la situazione al 31.12.2017 e conteggiando ogni testa come "intera", non tenendo conto, pertanto, del personale occupato part–time o in servizio per definiti periodi nell'anno.
Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 515 unità ossia il 21% del personale complessivo. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 35,6% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 12,4%.

Tabella n.3: Dipendenti per Area Professionale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato

	Al 31/12/2017				Al 31/12/2016			
Personale Dipendente	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Totale	% sul totale	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Totale	% sul totale
Medici e Veterinari	426	35	461	17,2%	437	21	458	17,2%
Dirigenti Sanitari	63	11	74	2,8%	65	5	70	2,6%
Altri Dirigenti	26	0	26	1,0%	26	1	27	1,0%
TOTALE DIRIGENTI	**515**	**46**	**561**	**21,0%**	**528**	**27**	**555**	**20,9%**
INFERMIERI	894	60	954	35,6%	896	52	948	35,7%
Altri Collaboratori Sanitari	405	25	430	16,1%	405	18	423	15,9%
Collaboratori Tecnici e Professionali	45	1	46	1,7%	45	1	46	1,7%
Operatori Sanitari	198	12	210	7,8%	195	12	207	7,8%
Operatori Tecnici	118	3	121	4,5%	123	3	126	4,7%
Assistenti Sociali	23	0	23	0,9%	23	0	23	0,9%
Amministrativi	319	13	332	12,4%	323	7	330	12,4%
TOTALE COMPARTO	**2.002**	**114**	**2.116**	**79,0%**	**2010**	**93**	**2.103**	**79,1%**
TOTALE GENERALE	**2.517**	**160**	**2.677**		**2538**	**120**	**2.658**	

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

Nella Tabella 2 viene rappresentata la distribuzione del personale tra le diverse articolazioni aziendali: il Distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti, pari a n. 710. Altra articolazione con un rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza con n. 622 operatori: se a questa articolazione si aggiungono i n. 347 occupati nel Distretto di Fidenza, si raggiunge la considerevole cifra di n. 969 unità insistente in quella area territoriale di riferimento.

Tabella n.4: Distribuzione del personale fra le Articolazioni Aziendali al 31 dicembre anni 2016/2017

	Personale al 31/12/2016	Personale al 31/12/2017
Sede Centrale	447	431
Distretto di Parma	678	710
Distretto di Fidenza	357	347
Ospedale di Fidenza	617	622
Distretto Valli Taro e Ceno	177	174
Ospedale Borgo Val di Taro	199	197
Distretto Sud-Est	183	196
TOTALE	**2.658**	**2.677**

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

Nella successiva Tabella 3 sono riportati i dipendenti suddivisi per sesso ed area contrattuale: dirigenza e comparto. Il personale femminile è pari al 71,6 % del totale e rappresenta il 77,1 % dell'Area Comparto ed il 50,6% dell'Area Dirigenziale.

Tabella n.5: Distribuzione del personale in servizio al 31.12.2017 per genere

	Femmine		Maschi		Totale
Dirigenti Medici e Veterinari		222		239	461
Dirigenti Sanitari		52		22	74
Altri Dirigenti		10		16	26
Totale Dirigenza		**284**		**277**	**561**
Personale infermieristico		782		172	954
Altri collaboratori sanitari		319		111	430
Personale tecnico e professionale		19		27	46
Operatori sanitari		166		44	210
Operatori tecnici		57		64	121
Assistenti sociali		23		0	23
Personale amministrativo.		266		65	332
Totale comparto		**1.632**		**483**	**2.116**
Totale personale dipendente		***1.916***		***760***	***2.677***

Fonte elaborazione interna AUSL di Parma.

LE INIDONEITA'

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

Nel 2017, sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato, sono stati visitati, i dipendenti dei Distretti e degli Ospedali di Vaio- Borgotaro e le figure mediche e veterinarie o di medici radiologi con rapporto di convenzione o libero-professionale, di emergenza 118 (MET), per un totale di 1194 addetti.

n° lavoratori sottoposti a visita	**1.194 (44%)**	**874 Femmine (73%)**	**320 maschi (27%)**

Le visite di assunzione sono state 179, mentre 140 (4,2%) le visite per assenza dal lavoro su richiesta e per cambio mansione. La tabella di seguito mostra la ripartizione dei rischi professionali per mansione.

Tabella n.6: Rischi professionali per mansione

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

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

Tabella n.7: Distribuzione giudizi di idoneità alla mansione espressi nel 2017

GIUDIZI DI IDONEITÀ	N° Totale	N° FEMMINE	N° MASCHI
idoneo	1.031 (86%)	660	267
idoneo parziale	130 (11%)	107	15
idoneo parziale tempor	25 (2%)	21	4
NON Idoneo tempor.	5 (0, 4%)	5	0
NON idoneo	3 (0, 2%)	3	0

La movimentazione manuale dei carichi ed il lavoro notturno, specie nel personale femminile, resta la principale causa di limitazione alla mansione.

Tabella n.8: Cause di limitazione alla mansione - anno 2017

RISCHI LAVORATIVI	IDONEI PARZIALI		NON IDONEI	
	M	F	M	F
Movimentazione manuale carichi		64		3
Sovraccarico biomeccanico arto sup.		7		
Rischi posturali		6		
Agenti biologici		5		
Campi magnetici /RI		1		
Videoterminali	1	3		
Atmosfere iperbariche	1	3		
ALTRI: Lavori in altezza	1			
Lavoro notturno (>80 gg/anno)	5	11		
Lavoro a turni/reperibilità notte	4	10		
Sostanze sensibilizzanti	3	5		

3.4.I Dati Economici

Di seguito si riportano le tabelle con una sintesi dei conti economici, trend 2015-2017, da cui si evince che nell'ultimo triennio l'Azienda è sempre risultata in utile, attestandosi quindi su un livello di performance molto buono, con la sintesi del piano investimenti relativo al triennio 2015-2017 ed una riflessione sul costo pro capite per livello di assistenza.

Sintesi conti economici anni 2015-2017			
	2015	2016	2017
A)Valore della produzione	819.672.050	823.827.699	834.192.164
B) Costi della produzione	819.242.151	819.716.196	828.290.250
C) Proventi ed oneri finanziari	- 159.860	- 312.044	- 960.513
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
E) Proventi ed oneri straordinari	9.379.475	5.820.047	4.790.866
Y) Imposte e tasse	9.636.197	9.406.379	9.521.281
Utile(perdita d'esercizio) (A-B+C+D+E-Y)	13.317	18.890	11.117

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

Il costo pro capite 2016 integrato (comprensivo di tutti i costi FRNA) aumenta rispetto al 2015 del 1,01% pari a + € 18,10, a fronte di una diminuzione media regionale del – 0,07% pari a - €1,30, pur posizionandosi sotto la media regionale (€1.815,10 AUSL €1.842,49 RER), come per l'anno 2015.
Tale risultato è effetto:

- Diminuzione della popolazione del - 0,07%;
- Aumento dei costi aziendali per i propri residenti per €7,52 milioni (0,94%);

Come per gli scorsi anni, i costi 2015 e 2016 sono stati integrati con quelli relativi alla funzione emergenza. L'attribuzione è stata effettuata sulla base della popolazione pesata ed ammonta a circa € 7 pro capite per ogni azienda nel 2015 e a € 7 nel 2016.

Il costo pro-capite totale integrato risulta come segue:

Totale Ausl Pr	**2015**			**2016**			**Differenza costo Pro capite**		**Variazione % costo pro capite**	
	Ausl Pr	Regione	Scostam.	Ausl Pr	Regione	Scostam.	Ausl Pr	Regione	Ausl Pr	Regione
	1.797,01	1.843,79	-46,78	**1.815,10**	1.842,49	-27,39	18,10	-1,30	1,01%	- 0,07%

Rilevando il margine di contribuzione negativo delle AOSP/AOSPU/IRCSS il costo pro capite risulta essere così composto:

	2015			2016		
	Costo procapite Ausl	Integrazione	Costo procapite Integrato	Costo Procapite Ausl	Integrazione	Costo procapite Integrato
Ausl Pr	1.675,88	121,12	1.797,01	1.696,76	118,34	1.815,10
Regione	1.750.34	93,45	1.843,79	1.750,13	92,36	1.842,49

Di seguito si evidenzia la quota di integrazione pro-capite nei livelli assistenziali nel cui costo questa è presente:

Livello assistenza	**2015**		**2016**		**Differenza quota Integrazione**	
	Ausl Pr	Regione	Ausl Pr	Regione	Ausl Pr	Regione
Distretto	51,46	45,98	**54,61**	44,79	3,15	-1,19
Assistenza Farmaceutica	*7,03*	*6,20*	***8,35***	*4,77*	*1,32*	*-1,43*
Assistenza Specialistica	*44,66*	*39,78*	***46,47***	*40,02*	*1,81*	*0,24*
Degenza Ospedaliera	70,51	47,47	**64,28**	47,57	- 6,23	0,1
Quota Integrazione	121,12	93,45	**118,34**	92,36	-2,78	-1,09

Si precisa che i dati riportati nelle seguenti tabelle sono comprensivi della quota di integrazione quando prevista. La composizione percentuale per livelli varia nel seguente modo:

Livello assistenza	**2015**		**2016**	
	Ausl Pr	Regione	Ausl Pr	Regione
Assistenza sanitaria collettiva	**3,16%**	2,82%	**3,17%**	2,87%
Assistenza distrettuale integrato	**56,76%**	58,74%	**57,29%**	59,19%
Assistenza ospedaliera integrato	**40,08%**	38,43%	**39,54%**	37,94%

3.5.Come Operiamo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

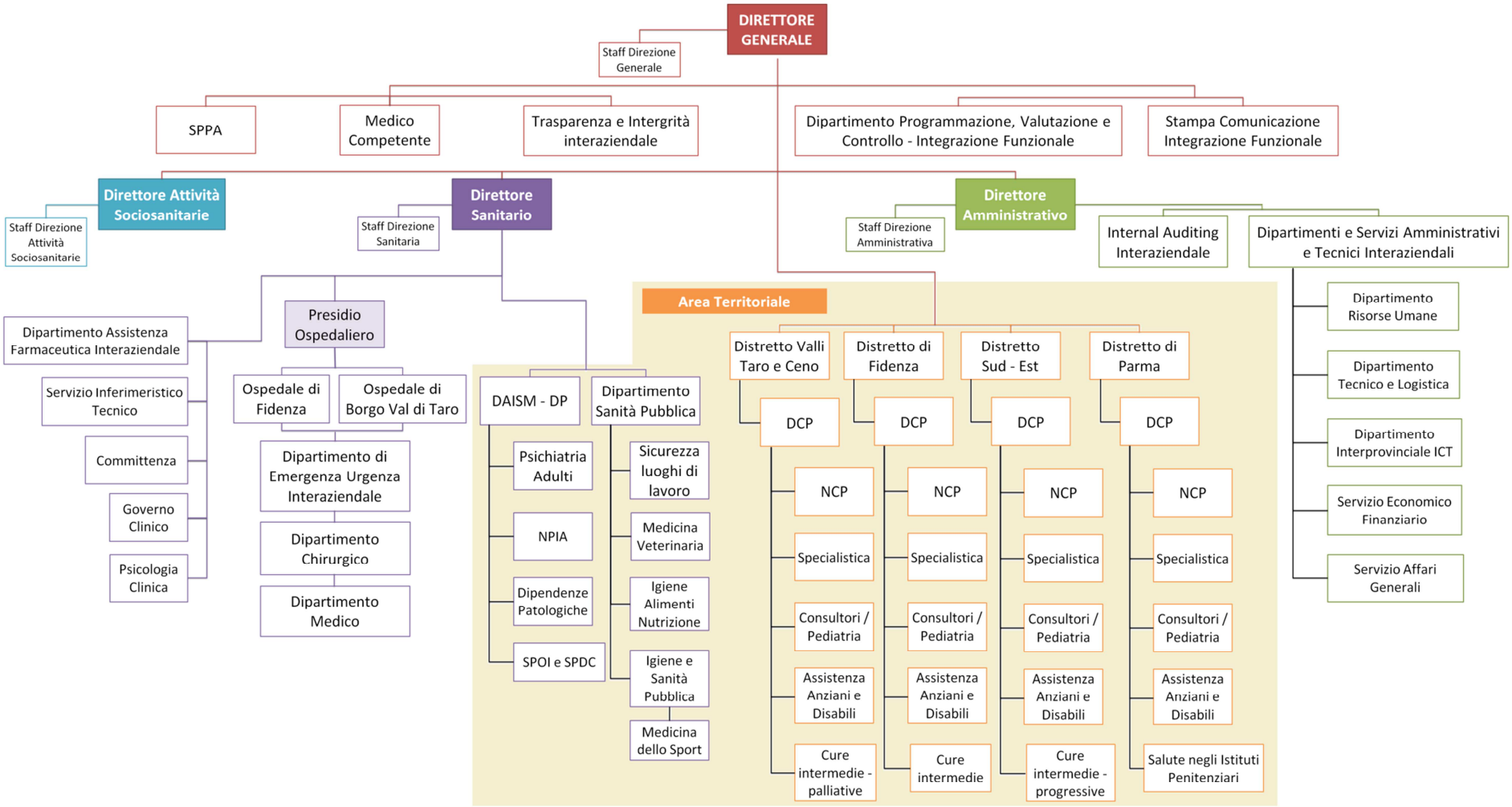
Altri Dipartimenti Sanitari sono i **Dipartimenti del Presidio Ospedaliero** (**Dipartimento Medico e della Diagnostica** e **Dipartimento Chirurgico**), mentre il **Dipartimento di Emergenza-Urgenza** e Il **Dipartimento Assistenza Farmaceutica** sono interaziendale.

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

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

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

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



4. Impegni Strategici e Dimensioni della Performance

Gli impegni strategici su cui sarà impegnata l'Azienda USL di Parma nel prossimo triennio 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.

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

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

Gli indirizzi di programmazione del prossimo triennio, descritti nel presente documento, orienteranno i contenuti del **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale** (**PTFP**), di prossima adozione, in coerenza con la strategia aziendale e con le prossime indicazioni nazionali e regionali.

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

Dimensione di Performance dell'utente

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

- **Area dell'Accesso e della domanda di prestazioni**:
  - per quanto riguarda la ***facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero***, nel prossimo triennio l'impegno dell'Azienda sarà orientato principalmente a rafforzare l'impegno di garantire i tempi di accesso alle prestazioni entro gli standard stabiliti attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale. In particolare per ***l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale*** si dovrà proseguire nelle azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa (consolidamento del day service ambulatoriale), nel miglioramento del ciclo prescrizione e prenotazione dei controlli con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini incrementando le prescrizioni/prenotazioni dei controlli da parte dello specialista, ed alla corretta gestione delle agende di prenotazione. Per ***l'accesso alle prestazioni di ricovero*** dovrà essere ulteriormente valorizzato il ruolo del *RUA* nell'ambito di un *coordinamento interaziendale* , a garanzia del rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, della gestione totalmente informatizzata delle agende, della corretta e completa alimentazione del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), del governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.

- Nell'ambito del ***governo della domanda e dell'appropriatezza degli interventi a livello ospedaliero, specialistico*** gli impegni del prossimo triennio riguarderanno prioritariamente ***Assistenza perinatale***, dove sarà necessario garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione ed al controllo del dolore nel travaglio di parto; ***PMA*** (procreazione medicalmente assistita), dove verrà consolidato il percorso assistenziale definito in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma;

- **Area dell'integrazione:** per quanto riguarda la presa in carico ed i percorsi di continuità assistenziale, nel prossimo triennio l'impegno sarà prioritariamente orientato a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio:
  - nel *percorso nascita,* in cui sarà necessario, a seguito del superamento del punto nascita di Borgotaro, continuare a mettere in atto tutte le azioni utili a garantire qualità e sicurezza dello stesso percorso e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi di pre e post parto; *e IVG* (legge 194) con particolare attenzione alla equità di accesso al percorso e alle diverse metodiche e alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico,
  - nelle *reti di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, nel diabete in età pediatrica, nella patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura del femore e protesica), nella distribuzione dei farmaci* (compreso l'impegno a consolidare l'accordo locale sulla distribuzione per conto),
  - nell'*assistenza sociosanitaria per i pazienti della salute mentale* attraverso la metodica del budget di salute, nel consolidare il percorso di chiusura OPG e nella promozione e tutela della salute in carcere. Nell'ambito della salute mentale particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività "Progetto regionale *adolescenza* e *raccomandazioni sui percorsi di salute mentale di adolescenti e giovani*" e "assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico"; nel contempo sarà necessario promuovere ulteriormente l'utilizzo dello strumento *"budget di salute"* ;
  - sarà altresì una priorità assicurare il pieno esercizio della funzione di *integrazione sociosanitaria* a livello aziendale, garantendo adeguati processi sia rispetto agli ambiti distrettuali che alle funzioni dipartimentali, in particolare per quanto riguarda il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR, i servizi sociosanitari accreditati, l'attuazione del progetto demenze e l'attuazione dei programmi regionali relativi alle gravissime disabilità acquisite, all'area minori, donne e famiglie. L'Azienda, in particolare, nel dare completa attuazione ai nuovi LEA, dovrà garantire equità ed omogeneità di accesso ai servizi sociosanitari nel rispetto delle indicazioni regionali e servizi flessibili in tutti i distretti in sostegno dell'attività dei caregiver (in particolare ricoveri di sollievo).

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

Dimensione di Performance dei processi interni

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

- **Area della produzione**: gli impegni del prossimo triennio
  - nell' **area ospedaliera** saranno orientati al completamento del riordino della rete ospedaliera con l'applicazione a livello locale delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 02/04/15 n.70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera". Le scelte programmatiche aziendali, approvate dalla CTSS nel dicembre 2016, avranno una particolare attenzione alla integrazione ospedale-territorio ed ai percorsi di continuità assistenziale. Aree prioritarie di

intervento sono rappresentate dall'*appropriatezza*, dalle *reti di rilievo regionale* (rete dei centri di senologia, rete malattie rare, rete per la terapia del dolore, rete delle cure palliative pediatriche, reti per le patologie tempo-dipendenti), dall'emergenza ospedaliera e territoriale (soprattutto per l'applicazione dei piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronto Soccorso). Si dovrà altresì proseguire nell'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. In ambito oncologico dovrà essere promosso lo sviluppo della rete clinico-organizzativa del paziente con particolare attenzione alla tempestività alla multidisciplinarità ed all'integrazione del percorso ospedaliero-territoriale, perseguendo la concentrazione della casistica per garantire qualificazione professionale ed ottimizzazione delle risorse con la realizzazione di un Polo Oncologico Interaziendale. Particolare attenzione dovrà essere posta alla implementazione ed allo sviluppo delle reti cliniche interaziendali nei seguenti settori: *chirurgia*, *infettivologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, pneumologia, riabilitazione*. Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete dei punti nascita, a seguito del superamento del punto nascita di Borgo Val di Taro (avvenuto nell'ottobre 2017) in coerenza alle risultanze dell'audit regionale, si dovrà proseguire nelle azioni di sostegno avviate per garantire qualità e sicurezza a tutte le fasi del percorso nascita .

- Nell' **area territoriale** gli impegni saranno orientati al completamento delle Case della Salute programmate con la realizzazione di un modello organizzativo orientato alla semplificazione dell'accesso ai servizi in una logica di sistema Hub&Spoke; nel percorso di attivazione dei posti letto di cure intermedie, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera sia con la riconversione di posti letto per acuti, ormai completata, ma anche con attivazioni nelle residenze (CRA); nell'implementazione e diffusione dei PDTA regionali (BPCO, scompenso cardiaco e diabete) in tutte le Case della Salute consolidando il modello dell'ambulatorio infermieristico per la cronicità e promuovendo l'utilizzo sistematico di strumenti per l'identificazione proattiva della popolazione a rischio di cronicità (Risk-ER) a sostegno degli interventi di medicina di iniziativa; nello sviluppo delle cure palliative, delle cure domiciliari e dei percorsi di assistenza protesica; nello sviluppo della funzione di assistenza primaria in tema di salute mentale all'interno delle Case della Salute, secondo logiche di accoglienza, valutazione e presa in carico; nell'assicurare l'accesso tempestivo e appropriato alle strutture ospedaliere degli ospiti delle strutture sociosanitarie accreditate garantendo percorsi integrati di dimissioni protette per anziani non autosufficienti; nel promuovere l'uso di strumenti di equity auditing finalizzati alla riorganizzazione dei servizi territoriali.
- Nell' **area della prevenzione** strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale. Verrà data applicazione al Piano Regionale della Prevenzione articolato in progetti organizzati per setting: Ambienti di Lavoro, Comunità (declinata secondo tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età specifici e interventi per patologia), Scuola, Ambiente Sanitario). Nel prossimo triennio le azioni saranno prioritariamente orientate ad accrescere e favorire processi di empowerment individuale e di comunità con conseguente miglioramento degli stili di vita e del benessere delle persone e ad adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute. Particolare attenzione andrà posta ad assicurare la piena applicazione del Nuovo Piano Vaccinale.

- **Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**: nel prossimo triennio diventerà prioritario sviluppare le seguenti azioni:
  - per la sicurezza delle cure dei pazienti in ospedale e sul territorio diventa prioritario adempiere alle disposizioni della Legge 8 marzo 2017 n. 24 con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati. In particolare, si rende necessario: armonizzare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri; integrare le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e di rischio

occupazionale; applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo; applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure, sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse.

- Nello specifico dell'appropriatezza farmaceutica, si dovrà proseguire nella realizzazione di attività strutturate che coinvolgano i medici prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, secondo le indicazioni contenute nei documenti Regionali; oltre all'informazione puntuale sui farmaci e la formazione di tutti i professionisti coinvolti, dovranno essere realizzati monitoraggi ed audit clinici nell'area farmaco e nell'area dispositivi medici; andrà promosso l'uso dei farmaci biosimilari ed equivalenti e dovranno essere utilizzati i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico AVEN anche nella continuità ospedale territorio.

- **Area dell'organizzazione:**
  - la ***dimensione interaziendale di integrazione*** rappresenta una opportunità davvero favorevole per le logiche di perseguimento di efficienza e riduzione costi, ma anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi. Obiettivo prioritario è consolidare la concentrazione strutturale effettuata delle funzioni amministrative e tecnico professionali e sanitarie, a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico, per migliorare le economie di scala e di processo. Dovrà continuare e ulteriormente svilupparsi il processo di integrazione dei servizi sanitari in una logica di rete e di poli assistenziali integrati, per un più intenso governo dei percorsi a garanzia della qualità e continuità dell'assistenza.
  - In ***ambito ICT***, nel prossimo triennio le azioni da perseguire devono fare riferimento a diverse fonti ed in particolare alle seguenti:
    - Il Piano Pluriennale per lo sviluppo ICT del Servizio Sanitario Regionale 2017-2019;
    - Il Piano Triennale Agid per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2017-2019;
    - La delibera di Giunta Regionale n. 919/2018 di programmazione e finanziamento annuale delle aziende del SSR.
    - Dal combinato disposto di tali documenti, i principali ambiti nei quali saranno impegnati i servizi aziendali sono i seguenti:
    - Prosecuzione delle attività tese ad incrementare i livelli di sicurezza del complessivo sistema informativo aziendale e dei singoli sottosistemi, anche per effetto dell'entrata in vigore del Regolamento Europeo n. 679/2016 in tema di protezione dei dati personali.
    - Piena adesione a tutti i progetti regionali di introduzione o di affinamento di nuovi software finalizzati a rendere sempre più standardizzato il sistema delle aziende sanitarie aziendali, oltre che fruibile ed interattivo per i cittadini, sia in ambito amministrativo sia in ambito sanitario, quali ad esempio il nuovo sistema gestionale amministrativo contabile, la dematerializzazione completa del ciclo degli acquisti, l'Anagrafe Regionale degli Assistiti, la nuova Scheda Sanitaria Individuale dei medici di medicina generale, gli sviluppi nel FSE, cartelle uniche per i Dipartimenti Salute Mentale.
    - Messa a regime dei progetti aziendali di consolidamento della infrastruttura di rete informatica e di introduzione di nuovi applicativi soprattutto in area clinica, tra i quali in particolare la Cartella Clinica.
    - Progressivo adeguamento delle azioni tecniche e commerciali aziendali ai contenuti del Piano Triennale Agid, emanato in ossequio alle norme stabilite dalla Legge di Stabilità 2016, tra le quali si ricorda in particolare il progressivo superamento data center locali.

  Parallelamente l'azienda svilupperà le competenze finalizzate alla crescita della qualità e della coerenza degli innumerevoli flussi informativi prodotti, sempre più importanti non solo a livello statistico e conoscitivo, ma anche quale fondamentale adempimento in relazione ai nuovi Livelli di Assistenza e ai vari accordi Stato-Regioni.

- Rispetto ***all'accreditamento istituzionale*** l'Azienda sarà impegnata ad adeguarsi agli indirizzi della DGR 1943/17 in cui si stabilisce che i requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; si passa quindi dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accreditamento di tutta l'Azienda Sanitaria.

- **Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza:** Le scelte strategiche in quest'area si focalizzeranno sui seguenti quattro punti:

  1) Impegno, il Piano Integrato Ausl e AOU Anticorruzione e Trasparenza 2018/2020 (approvato con deliberazione n. 56 del 30 gennaio 2018), costituisce "l'insieme degli impegni" che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità, nell'ambito delle previsioni della legge n. 190/2012, dei decreti dalla stessa derivati e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati. Si tratta di un "unitario sistema" le cui attività di pianificazione descritte nel documento si configurano come un processo ciclico in cui le strategie, le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati annualmente anche in ragione degli esiti della loro applicazione. Da qui i criteri fondamentali del Piano, modularità e progressività, che rispondono all'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, consci della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà di realizzazione. E nel sistema svolgono un ruolo di necessario coinvolgimento, con le rispettive funzioni e responsabilità, tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

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

  3) Miglioramento organizzazione e attività: L'individuazione delle misure (generali e specifiche) non deve essere finalizzato esclusivamente alle strategie proprie di prevenzione, ma rappresentano occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

  4) Promozione cultura della legalità: Al di là di qualsiasi misura od adempimento prevista, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema di cui si è parte sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico; il bisogno vero è un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento principe si ritiene sia costituito dalla formazione. Sul punto, tra le misure si prevedono iniziative ed interventi di informazione e di diffusione, sia del sistema, delle strategie e degli interventi, ma anche delle opportunità e dei benefici che porterebbe un complessivo cambiamento culturale.

Le Amministrazioni sono state invitate a rivedere i Codici di Comportamento in essere, in base agli aggiornamenti intervenuti. I Codici aggiornati delle amministrazioni mantengono la funzione "integrativa" rispetto al Codice nazionale (DPR n. 62/2013). Il Codice rientra tra i vari elementi di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione disegnato dal legislatore (insieme al Piano triennale, alle azioni per la Trasparenza ed ai vari istituti introdotti con la legge n. 190/2012).
Lo schema tipo elaborato dal Tavolo regionale di coordinamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (DGR n. 96/2018); è stato redatto tenendo conto delle Linee Guida adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) e dei Codici di Comportamento già in essere nelle singole Aziende Sanitarie.
Il nuovo **Codice di Comportamento** 2018 (delibera n. 348 del 29/05/2018), con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma, deve essere oggetto di diffusione garantendo anche un adeguato coinvolgimento degli stakeholders e attivando le misure previste per la gestione, anche documentale, dei conflitti di interesse.

Dimensione di Performance dell'innovazione e dello sviluppo

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

- **Area della Ricerca e della didattica**: la funzione di ricerca, condizione imprescindibile per perseguire l'innovazione, è definita dalla normativa nazionale e regionale quale compito istituzionale delle aziende sanitarie, al pari delle funzioni di assistenza e cura ed impegno prioritario dell'Azienda sarà promuovere la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca sia clinica che organizzativa anche in collaborazione con l'Università.
- **Area dello sviluppo organizzativo**: per quanto riguarda la valorizzazione del capitale umano gli impegni riguarderanno: l'integrazione della ricerca e la formazione come parte della missione istituzionale; l'avvio di azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati; la progettazione di percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni, con particolare riferimento alla 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; il miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e l'orientamento dei sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione.

Dimensione di Performance della sostenibilità

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

- **Area economico-finanziaria**: impegno dell'Azienda sarà il raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria, a rispettare il rispetto del vincolo di bilancio assegnato ed a concorrere al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del SSR. Per quanto riguarda il governo dei processi di acquisto, compresi i farmaci ed i dispositivi medici, sarà impegno dell'azienda rispettare la programmazione degli acquisti definita da Intercent-ER, aderire alle convenzioni, rispettare le percentuali di adesione agli acquisti tramite intercent-ER ed Area Vasta fissati dalla programmazione regionale. In merito al governo delle risorse umane, l'Azienda oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, si adopererà per una efficiente allocazione delle risorse mantenendo una regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza. Inoltre, sulla base delle direttive regionali ed in coerenza con le linee strategiche di programmazione contenute nel presente documento, elaborerà il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) che orienterà i contenuti dei Piani di Assunzione annuali.
- **Area degli investimenti**: In questo settore sarà necessario orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke ed, a livello territoriale, sulle Case della Salute; sarà necessario altresì effettuare investimenti in tecnologie biomediche e garantire la dislocazione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa (anche attraverso lo sviluppo della telemedicina), ed adottare criteri di razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e delle tecnologie.

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

Dimensioni di Performance	Obiettivi di Mandato del Direttore Generale (ex DGR 172/15) e altri obiettivi di particolare rilevanza
1 Performance dell'utente	
1.1 Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	**1.1.1 (1.3)** Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
	1.1.2 (1.6) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico*
1.2. Area dell'integrazione	**1.2.1 (1.4)** Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale
	1.2.2 (1.8) Integrazione sociosanitaria
1.3. Area degli esiti	***
2 Performance dei Processi Interni	
2.1 Area della produzione	**2.1.1 (1.1)** Riordino dell'assistenza ospedaliera
	2.1.2 (1.2) Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio
	2.1.3 (1.5) Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2 Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	**2.2.1 (1.7)** Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
	2.2.2 (1.6) Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico**
2.3 Area dell'Organizzazione	**2.3.1 (2.2)** Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
	2.3.2 (2.3) Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
	2.3.3 (2.6) Adempimenti nei flussi informativi
	2.3.4 Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale
2.4 Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	**2.4.1** Promozione cultura della legalità mediante informazione/formazione
	2.4.2 Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
	2.4.3 Attenzione e sensibilizzazione su Codice di comportamento e conflitti di interesse
3 Performance dell'Innovazione e dello sviluppo	
3.1. Area della ricerca e della didattica	**3.1.1** Attività di ricerca
3.2. Area dello sviluppo organizzativo	**3.2.1 (2.7)** Valorizzazione del capitale umano
4 Performance della sostenibilità	
4.1. Area economico-finanziaria	**4.1.1 (2.1)** Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
	4.1.2 (2.5) Governo delle risorse umane
4.2. Area degli investimenti	**4.2.1 (2.4)** Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti

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

5. La Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance; di seguito la descrizione di come, nell'Azienda Usl di Parma , vengono misurate e valutate la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

La programmazione degli obiettivi tiene conto delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento per la gestione del Servizio Sanitario Regionale. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance e, con la contestualizzazione annuale nel Piano delle Azioni (Linee Guida Budget), si esplicita operativamente attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali.
La coerenza della traduzione della strategia in azione è oggettivata dal puntuale richiamo degli obiettivi più strategici, contenuti nel Piano della Performance, nel Piano delle Azioni, i cui obiettivi sono a loro volta richiamati negli obiettivi di Performance Organizzativa presenti nelle schede di Budget. Il collegamento con la valutazione individuale è garantito negli obiettivi di budget in quanto è riportata l'indicazione dello stato dell'obiettivo rispetto al sistema di incentivazione (con la precisazione se si tratta di obiettivo incentivato per la dirigenza, per il comparto o per entrambi).
Molto solido è il sistema informativo utilizzato nel Ciclo della Performance (software G-Zoom) che consente di gestire in forma integrata i documenti di programmazione ed una lettura trasversale del processo.
Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.
E' responsabilità del Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso l'U.O. Controllo di Gestione, sovraintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.
Il sistema si articola in quattro fasi:

1. ***Programmazione***
   È la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il **Piano Triennale della Performance**, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità. La contestualizzazione annuale degli obiettivi avviene attraverso il **Piano delle Azioni** (che rappresentano le Linee Guida al budget) in cui trovano declinazione anche obiettivi più specifici legati ai diversi ambiti di attività. La comunicazione degli obiettivi strategici ha una valenza prioritaria ed è sotto la diretta responsabilità delle Direzioni Distrettuali e Dipartimentali e dei Responsabili di Struttura.
2. ***Formulazione del budget***
   Gli esiti della negoziazione tra Direzione Aziendale e Direzioni Dipartimentali vengono sintetizzati nelle Schede di Budget che contengono gli obiettivi da perseguire (direttamente riferiti al Piano delle Azioni e al Piano della Performance) con i relativi indicatori di verifica e lo standard di riferimento.
3. ***Svolgimento e monitoraggio dell'attività***
   Viene fatta una verifica trimestrale (Budget Dipartimenti Cure Primarie) e semestrale per gli altri Dipartimenti. Per gli obiettivi con indicatori numerici desumibili dalle procedure informatizzate aziendali la verifica viene fatta direttamente dal Controllo di Gestione; per quegli obiettivi non numerici connessi o alla presentazione di una relazione o alla verifica di una modifica organizzativa, sono oggetto

di specifiche richieste ai Responsabili di Struttura. Il Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso il Controllo di Gestione, organizza incontri periodici con i Direttori di riferimento per una analisi ed una valutazione congiunta dei risultati.

4. ***Reporting e valutazione***

   I reports sono prevalentemente trimestrali, espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda. Nella forma e nei contenuti sono definiti in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, Direzione Dipartimentale, Direzione di Articolazione.

I criteri di valutazione della Performance Organizzativa sono dettagliati nell'Allegato 1 (Criteri di valutazione degli obiettivi di Budget ed esempio scheda di budget)

Misurazione e Valutazione della Performance Individuale

La gestione del ciclo delle performance, quale strumento per migliorare l'attività di programmazione e di controllo e garantire una maggiore qualità dei servizi si sta consolidando in Azienda quale best practice anche e soprattutto alla luce della situazione generale di riduzione delle risorse disponibili, che impone una più attenta programmazione delle attività, una gestione più efficiente e una verifica sempre più puntuale dell'efficacia delle azioni avviate.
Oltre all'ambito della misurazione e valutazione della performance organizzativa, particolare importanza viene attribuita al collegato processo di misurazione e valutazione della performance individuale ed ai connessi aspetti inerenti le competenze dimostrate ed i comportamenti organizzativi attuati per il raggiungimento degli obiettivi individuali/di gruppo e della struttura.
Un sistema di valutazione delle prestazioni del personale, agganciato ad un sistema incentivante per i risultati raggiunti, in una logica di direzione per obiettivi, è diventato essenziale nel ciclo di programmazione, misurazione e controllo della performance dell'azienda.
L'Azienda USL di Parma ha ritenuto strategico definire un proprio modello in linea con il processo di definizione degli obiettivi organizzativi, ricompresi nel ciclo del budget come descritto nel paragrafo precedente, integrandolo attraverso la correlazione tra obiettivi strategici e obiettivi operativi, con il processo di definizione degli obiettivi individuali/di gruppo, proprio della valutazione del personale. E tutto ciò per tendere al miglioramento della qualità dei servizi e alla crescita delle competenze professionali dei dipendenti.
Il sistema prevede contestualmente all'utilizzo dei risultati di budget, quale modalità di misurazione della performance organizzativa, la valutazione della performance individuale (dirigenza e comparto) da rilevarsi tramite scheda di valutazione, con l'obiettivo di sviluppare il ciclo della performance, di evidenziare gli apporti individuali al raggiungimento degli obiettivi complessivi e di introdurre un sistema per la crescita e lo sviluppo del personale, strumenti indispensabili in un contesto organizzativo complesso come quello in cui si trova ad operare l'Azienda sanitaria.
Per quanto riguarda *l'Area della Dirigenza* la retribuzione di risultato viene corrisposta secondo le seguenti percentuali:

- al 100% se i risultati sono conseguiti in percentuale maggiore o uguale al 90%;
- in misura proporzionale ai risultati raggiunti qualora i medesimi siano conseguiti in percentuale compresa tra il 51% e l'89%;
- nessuna corresponsione se i risultati saranno conseguiti in percentuale inferiore o pari al 50% dopo aver dettagliatamente valutato le motivazioni che hanno portato a tale decisione.

Per quanto riguarda *l'Area Comparto* il complessivo premio di produzione correlato al raggiungimento degli obiettivi assegnati avviene secondo le seguenti percentuali:

- parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento se conseguiti fino all'89%;
- totale se conseguiti tra il 90% e il 100%

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

Si precisa che l'Azienda USL di Parma, di concerto con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, ha avviato il processo di adeguamento del proprio modello di valutazione individuale del personale agli indirizzi emanati dall'OIV-RER con Delibera n. 5 del 2017 "Sistema di valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali", rispettando i tempi previsti dal cronoprogramma condiviso a livello Regionale.

6. Collegamento con trasparenza e integrità

Con l'inserimento dei tre macro obiettivi dedicati ai temi Integrità e Trasparenza (Performance dei processi interni, area 2.4), si intende realizzare lo strumento di collegamento ed integrazione nel processo di programmazione aziendale tra dette aree di attività e il ciclo di gestione della performance, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall'Organismo di Valutazione.

Obiettivi e misure previste nei documenti aziendali triennali, ad aggiornamento annuale, in materia di obblighi di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituiscono quindi attività su cui le unità organizzative coinvolte sono chiamate alla concreta operatività, ed alla successiva valutazione, mediante la rendicontazione degli strumenti del piano azioni annuale, delle schede di budget e delle relazioni specifiche previste nel piano prevenzione corruzione.

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

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

7. Indicatori di risultato

E' stata fatta una revisione del precedente elenco ed è stato scelto un set comune di indicatori di risultato (105) a garanzia della confrontabilità con le altre realtà regionali, della trasparenza e della coerenza al sistema. I nuovi indicatori aggiunti (37) sono riferiti ad ambiti trascurati in precedenza, le case della salute, gli ospedali di comunità, le interruzioni volontarie di gravidanza, l'assistenza nei consultori, l'assistenza socio-sanitaria e i tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri; per altri ambiti, il pronto soccorso e l'assistenza domiciliare, è stato fatto un approfondimento più specifico. Sono stati selezionati dalle Linee di Programmazione Regionale, da altri cruscotti già presenti in SIVER, dalla Normativa Nazionale, in particolare dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), dalla Griglia LEA, dai Piani di Rientro, dal DM/70.

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

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

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

Si è ritenuto utile identificare un solo indicatore aggiuntivo (contraddistinto in lilla e riferito ai volumi di prestazioni prodotte negli ambulatori infermieristici della cronicità) in quanto le integrazioni effettuate hanno sufficientemente qualificato gli ambiti di attività trascurati in precedenza. La scelta di questo indicatore aggiuntivo è motivata dal fatto che lo sviluppo degli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità è ritenuto un obiettivo strategico da perseguire nel prossimo triennio, a sostegno degli interventi di medicina di iniziativa per una maggiore qualificazione della assistenza alle persone affette da patologia cronica.

Complessivamente nel Piano della Performance 2018-2020 dell'Azienda USL di Parma sono presenti 107 indicatori così suddivisi:

- 44 indicatori di valutazione rappresentati nella scala di colore in base alla performance;
- 44 indicatori di sola osservazione contraddistinti in azzurro;
- 13 indicatori non aggiustati contraddistinti in fucsia;
- 06 indicatori non presenti in INSIDER e monitorati a livello aziendale (di cui 2 aggiunti perché ritenuti particolarmente rilevante a livello aziendale) contraddistinti in lilla.

1.1.Area Accesso e Domanda

Si tratta di 12 indicatori, 6 di valutazione e 6 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	140	143,52	134,48	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	98,18	97,22	97,05	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,31	3,3	4,98	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,98	98,07	98,31	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	7,37	5,48	10,22	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	16	16	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,45	83,27	67,87	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	70,13	69,71	60,96	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std di accessi in PS	310,58	304,17	381,94	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	83,74	88,21	77,18	Aumento	Aumento	Aumento
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	80,94	68,96	81,04	Aumento	Aumento	Aumento
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	70,37	68,72	70,61	Aumento	Aumento	Aumento

1.2.Area Integrazione

Si tratta di 8 indicatori, 5 di valutazione e 3 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	4,14	4,92	3,21	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% IVG medica sul totale IVG	26,35	28,57	29,92	Aumento	Aumento	Aumento
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	38,46	51,06	31,48	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,81	7,96	4,14	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	19,51	25,15	22,36	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	158,92	243,3	194,03	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	185,64	178,79	126,63	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	404,03	418,64	415,31	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

1.3.Area Esiti

Si tratta di 16 indicatori, 13 non aggiustati e 3 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	11,11	8,43	9,06	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	1,89	1,01	43,18	Aumento	Aumento	Aumento
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	17,6	16,14	12,68	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	13,5	11,68	10,66	Riduzione	Riduzione	Riduzione
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	11,62	11,83	9,99	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	64,56	72,73	80,73	Aumento	Aumento	Aumento
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	72,47	80,45	82,06	Aumento	Aumento	Aumento
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	81,55	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	0	4	6,11	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub	Attività concentrata in centro Hub
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	7,02	9,84	4,74	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	8,65	5,5	4,35	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,65	15,56	18,01	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,46	0,77	0,9	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,96	0,7	0,98	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	66,46	66,83	72,8	Aumento	Aumento	Aumento
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3	2	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

2.1.1. Area Produzione-Ospedale

Si tratta di 9 indicatori, 4 di valutazione e 5 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	4,32	0	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,75	0,4	-0,34	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,54	0,22	-0,52	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Degenza media pre-operatoria	0,96	1,27	0,73	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Volume di accessi in PS	40.699	40.239	1.891.003	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	16.330	14.843	359.943	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.864	11.244	256.848	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	1.764	2.068	38.898	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.590	6.693	84.951	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

2.1.2. Area Produzione-Territorio

Si tratta di 18 indicatori di cui 1 di particolare rilevanza aziendale (contraddistinto in lilla), 2 di valutazione e 15 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	49,79	48,82	49,98	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	57,77	56,68	57,57	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	25,53	22,86	25,47	Aumento	Aumento	Aumento
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	4,96	5,15	5,45	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,36	20,76	20,08	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	82,47	79,65	78,62	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,33	20,75	20,57	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	425.720	418.781	6.839.955	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	366.291	360.332	6.519.422	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.512.889	2.450.662	46.157.827	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,37	0,39	0,36	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	94,12	-	75	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Durata media di degenza in OSCO	21,6	22,15	18,94	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Volume di accessi in ADI: alta intensità	5.095	7.787	427.050	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di accessi in ADI: media intensità	14.722	17.163	741.659	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	160.515	169.971	1.672.625	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	154.131	157.231	5.964.392			
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici per la cronicità	114.937	41.277	ND	Aumento	Aumento	Aumento

2.1.3. Area Produzione-Prevenzione

Si tratta di 16 indicatori, 14 di valutazione e 2 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	55,3	54,4	49,1	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,9	39,8	35,1	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	64,23	73,36	76,65	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	69,74	71,49	63,54	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alle persone invitate	46,74	51,3	49,03	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	92,76	89,12	91,11	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	44,6	44,37	53,25	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	62,8	47,89	71,01	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	32,77	30,27	29,57	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	93,16	88,89	91,64	Aumento	Aumento	Aumento
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,53	93,97	94,03	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,72	9,92	9,79	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% cantieri ispezionati	25,97	21,28	19,25	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	87,59	-	88,28	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	62,5	46,41	83,09	Aumento	Aumento	Aumento

2.2.Area Appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Si tratta di 13 indicatori, 5 di valutazione e 8 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,45	10,63	10,06	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,67	1,78	5,89	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	1,91	4,76	3,18	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,31	20,63	21,04	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	678,46	742,45	777,31	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	20,27	17,93	43,54	Aumento	Aumento	Aumento
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	50,62	49,43	49,65	Aumento	Aumento	Aumento
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,07	1,99	2,17	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	39,55	102,29	33,49	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
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	0,25	0,23	0,21	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,34	6,3	6,86	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14,08	14,6	13,68	Riduzione	Riduzione	Riduzione
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	3,72	6,33	4,9	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento

2.3.Area Organizzazione

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di popolazione con fascicolo elettronico attivato	9,28	6,15	ND	Incremento	Incremento	Incremento

2.4.Area Anticorruzione-Trasparenza

Si tratta di 3 indicatori, 1 di valutazione, 1 di sola osservazione ed 1 non disponibile in InSider, monitorato a livello aziendale:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	89,21	98,75	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	72,89	66,55	85,59	Incremento	Mantenimento	Mantenimento
% di diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative	ND	ND	ND	Incremento	Incremento	Incremento

3.1.Area Ricerca e didattica

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

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

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

3.2.Area Sviluppo organizzativo

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
N° di eventi formativi interaziendali	8	20	ND	Incremento	Incremento	Incremento

4.1.Area Economico-Finanziaria

Si tratta di 8 indicatori, 7 di valutazione e 1 di sola osservazione:

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Costo pro capite totale	1.696,76	1.675,88	1.749,7	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	**52,36**	**49,3**	52,97	Incremento	Mantenimento	Mantenimento
Costo pro capite assistenza distrettuale	**992,4**	**977,11**	1.044,21	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Costo pro capite assistenza ospedaliera	**655,36**	**653,97**	652,52	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	**95,38**	**95,93**	97,48	Incremento	Mantenimento	Mantenimento
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	**84,98**	**81,31**	83,65	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	**156,27**	**154,44**	164,77	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	**-15,86**	**8,37**	-	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

4.2.Area degli Investimenti

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	14,43	35,9	-	Aumento	Aumento	Aumento

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

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

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

1. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in crescita**: per questa tipologia di indicatori il calcolo viene fatto confrontando il valore Consuntivo con il valore obiettivo (Target) attraverso la formula: Consuntivo/Target*100. L'Indicatore esprime, percentualmente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo; si noti che nel caso in cui si superi il l'obiettivo assegnato il valore dell'Indicatore trova il suo limite nel 100%. Il punteggio che si attribuisce è uguale al peso assegnatoall'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. *Esempio 1*: Indicatore Tempi di attesa Indice di performance di bacino;Target>=90%, Consuntivo 94%; Valore Indicatore = 100% (e non 94/90 = 104,4%!). Essendo il peso assegnato a questo specifico indicatore uguale a 2, il punteggio è uguale al 100% di 2, cioè 2 punti
2. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in diminuzione**: questa tipologia di indicatori è assai simile a quella precedente. Anche in questo caso vengono confrontati Target e Consuntivo in percentuale; il Consuntivo deve essere uguale o inferiore al Target per ottenere il 100%. Nel caso in cui la diminuzione non sia stata raggiunta, ovvero nel caso in cui Consuntivo-Target >0, la formula di calcolo è diversa rispetto a quanto visto per l'Indicatore al punto 1 e diventa: Valore indicatore in percentuale:
   - se Consuntivo>2*Target =0
   - se Consuntivo<=2*Target = (1-(Consuntivo-Target)/Target))*100.

   Il punteggio attribuito è, anche in questo caso, uguale al peso dell'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. *Esempio 1*: Indicatore Valore Antitrombotici erogati in

CRA; Target=21,48, Consuntivo 34,12. Valore Indicatore = (1-(34,12-21,48)/21,48))*100=41%. Essendo il peso dell'Indicatore = 1, il punteggio generato è uguale al 41% del peso, cioè 0,41.

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

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

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

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

2018

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

Scheda Obiettivi di Budget

Dipartimento Esempio

Obiettivi di budget al 01/01/2018

Responsabile XXXX XXXXXX

Direzione Generale – Dipartimento Valutazione e Controllo

Stampato il 24/05/2018

Scheda di budget Dipartimento Esempio anno 2018

Obiettivi di budget al 01/01/2018

Struttura	Dipartimento Esempio
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità
Codice Struttura	1000
Responsabile	XXXX XXXXXX
Validità	01/01/2018 - 31/12/2018

OBIETTIVI

1 **Servizi ICT** — *Peso: 70*

Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovrammo essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere agli obiettivi assegnati dalla Regione

1.1 Performace dei Processi Interni: Area dell'organizzazione — *Peso: 24*

Obiettvi di pieno utilizzo delle tecnologie ICT a vantaggio del paziente e del cittadino

1.1.1 Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG — *Peso: 24*

Promozione e sostegno della diffusione dell'utilizzo della Cartella SSI in uso ai MMG

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 1.1.1.5 DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018	
		Val. Riferimento	Val. Previsto
Indicatore generico percentuale in crescita	Percentuale attivazioni Cartelle SSI sul totale dei MMg		
Indicatore generico volume attività da contenere	Numero di abbandoni su totale installazioni Cartella SSI		

1.2 Performace dei Processi Interni: Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico — *Peso: 24*

1.2.1 Sperimentazione cartella clinica informatizzata — *Peso: 24*

Secondo cronogramma

Obiettivo incentivante (comparto)

Piano Azioni: 7.7.1.4 Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA

Scheda di budget Dipartimento Esempio anno 2018

Obiettivi di budget al 01/01/2018

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018	
		Val. Riferimento	Val. Previsto
Indicatore generico attività che deve essere svolta	Avvio sperimentazione entro il 2018 in tutte le UU.OO.		Sì

1.3 Performace dell'Utente: Area dell'Integrazione — *Peso: 22*

Utilizzo di Software ad hoc per la gestione integrata delle patologie croniche

1.3.1 Attivazione del Software Arianna Percorsi in almeno una CdS media/alta su almeno due percorsi — *Peso: 22*

Obiettivo incentivante (dirigenza e comparto)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018	
		Val. Riferimento	Val. Previsto
Indicatore generico volume attività da aumentare	Adozione del software Arianna Percorsi per gestione patologie croniche		

Scheda di budget Dipartimento Esempio anno 2018

Obiettivi di budget al 01/01/2018

2 **Assistenza Farmaceutica** *Peso: 30*

Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco

2.1 Performance della sostenibilità: Area economico-finanziaria *Peso: 30*

2.1.1 Contenimento spesa farmaceutica convenzionata *Peso: 15*

Azioni per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Piano Azioni: 5.4.1.9 DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018	
		Val. Riferimento	Val. Previsto
Indicatore generico economico in diminuzione	Riduzione (-2,5%) spesa Farmaceutica convenzionata	21.750.000,00	21.206.250,00

2.1.2 Mantenimento spesa farmaci ai valori anno 2017 *Peso: 15*

Obiettivo incentivante (dirigenza)

Tipo indicatore	Indicatore	31/12/2018	
		Val. Riferimento	Val. Previsto
Indicatore generico economico in diminuzione	Mantenimento spesa farmaci ai valori anno 2017	1.345.000,00	1.345.000,00