

## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000406  
DATA: 30/06/2020 17:14  
OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance 2019.

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Fabi Massimo in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Frattini Giuseppina - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Chiari Marco - Sub Commissario Amministrativo

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

### CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-06]
- [01-01-04]

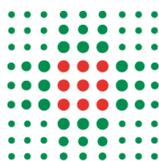
### DESTINATARI:

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



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.



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

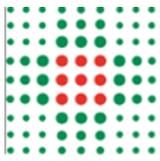
#### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000406_2020_delibera_firmata.pdf	Chiari Marco; Fabi Massimo; Frattini Giuseppina; Rossi Giuseppina	8667E8F9EF21187740F28159770F6ECF2 F7741509554408CA5717513CC81711E
DELI0000406_2020_Allegato1.pdf:		CA31F18F6DF32B62C5F139AC844B2853 DD567A3CB3955B417EE28AF6151233D1
DELI0000406_2020_Allegato2.pdf:		1A43A5BF40925F7610BE0236B987BA526 565354FF4F746FEFE972F8436FCCF39



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.



## **DELIBERAZIONE**

OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance 2019.

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**RICHIAMATO** il Piano delle Performance per il triennio 2018-2020, redatto ai sensi dell'art. 10 D.Lgs. 150/2019 e sulla base delle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna, adottato con atto deliberativo n. 532 del 26.07.2018;

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

**RICHIAMATA** in particolare la nota dell'OIV prot. 345450 DEL 10.05.2017, che individua i contenuti della Relazione, che pertanto deve essere composta da:

- premessa;
- executive summary;
- articolazione della rendicontazione in capitoli, che considerino le varie dimensioni/aree della Performance;
- evidenza degli indicatori desunti dal sistema regionale InSIDER e da altre fonti aziendali;

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

**VISTA** altresì la relazione sugli obiettivi contenuti nella programmazione regionale e segnatamente la rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 977/2019, da considerare parte integrante della Relazione della Performance 2019;

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

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Sub Commissario Amministrativo e del Direttore Sanitario;

### **Delibera**

1. di approvare la relazione sulla Performance relativa all'anno 2019, completa della rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 977/2019, come da documentazione allegata al presente provvedimento, da considerarne parte integrante e sostanziale;

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



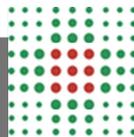
3. di provvedere alla pubblicazione della documentazione allegata sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale;

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

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

Giuseppina Rossi

2020



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

# Relazione sulla Performance 2019

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2019, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi.

Delibera n. .

29/06/2020



## Sommario

1. Executive summary.....	3
Riordino dell' Assistenza Ospedaliera .....	3
Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio .....	4
Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero .....	4
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale .....	4
Attività di prevenzione e promozione della salute.....	5
Governare la domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero.....	5
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico .....	5
Integrazione socio-sanitaria .....	6
Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari .....	6
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi .....	6
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti .....	6
Governare i processi di acquisto di beni e servizi.....	7
Governare le risorse umane e valorizzazione del capitale umano .....	7
Adempimenti nei flussi informativi .....	7
2. Premessa .....	8
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance.....	9
3.1. Dimensione di Performance dell'utente .....	9
3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni.....	9
3.1.2. Area dell'Integrazione .....	12
3.1.3. Area degli Esiti .....	14
3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni .....	15
3.2.1. Area della Produzione .....	15
3.2.2. Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico .....	20
3.2.3. Area dell'Organizzazione .....	23
3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza .....	27
3.3. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo.....	28
3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica .....	28
3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo.....	29
3.4. Dimensione di Performance della sostenibilità.....	30
3.4.1. Area economico-finanziaria.....	30
3.4.2. Area degli investimenti.....	32
4. Conclusioni .....	33
5. Allegati.....	36

## 1. Executive summary

La Relazione sulla Performance è un documento annuale articolato in due sezioni che contengono gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nell'anno 2019 in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, e l'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato commentati rispetto all'andamento atteso. E' redatto in conformità alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR), in primis con la Delibera n. 3/2016. Allegato, parte integrante del documento, è la rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale, DGR n. 977/19 (capitolo già presente nella relazione allegata al bilancio di esercizio, di cui a precedente delibera n. 328 del 29/05/20, regolarmente approvata dalla Giunta Regionale con DGR n. 726 del 25/06/20).

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

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

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2019 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2018-2020, che verranno poi descritti dettagliatamente nel **Capitolo 3**. Per un maggiore approfondimento è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 977/2019" (**Capitolo 5, Allegato 1**).

### Riordino dell' Assistenza Ospedaliera

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

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

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

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

Rispetto alle Case della Salute, l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 29 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel "*Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11 e successivamente integrato. Le Case della Salute attive al 31/12/19 sono 21, che rappresentano la realizzazione del 73% della programmazione aziendale. L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali e sono stati attivati anche gli ambulatori infermieristici, sia a carattere prestazionale che per la gestione della cronicità.

Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e la figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo Val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.

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

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

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

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata).

Le azioni svolte nel 2019 sono state orientate a dare applicazione al Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), siglato con l'intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019, ed al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) adottato dalla Regione Emilia-Romagna con Delibera n. 603 del 15 aprile 2019. Con Deliberazione n. 466 del 24 giugno 2019 è stato adottato, d'intesa con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, il "Piano per il Governo delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021", approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 24 giugno 2019, che pone particolare enfasi al percorso di circolarità prescritto-prenotato-erogato al fine di alimentare correttamente i flussi previsti.

Per quanto riguarda le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri, è stato predisposto un piano di adeguamento, inviato in Regione con nota protocollo n. 62136 del 26/09/16, al fine di consentire il raggiungimento degli standard fissati ed il miglioramento delle performance. Il piano si articola in differenti sezioni che interessano le varie fasi del percorso, dall'inserimento in lista d'attesa all'organizzazione dell'attività di sala operatoria (la riorganizzazione delle attività è incentrata soprattutto al rientro dei tempi di attesa per le protesi d'anca). Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate ed il coinvolgimento del Privato Accreditato, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità.

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

## Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Rispetto al percorso nascita, nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 relativa al percorso nascita, ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica,

il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, utilizzato in tutti i Distretti. E' garantita l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste, nel rispetto degli standard dei tempi di attesa.

La rete per il contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli è stata significativamente sviluppata sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico) sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari).

Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale "Inclusione Sociale-Budget di Salute". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l'integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, la raggiunta intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, ha visto ampliare la gamma dei servizi offerti che ha portato ad un miglioramento del sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio.

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

### Attività di prevenzione e promozione della salute

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

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

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

Nel punto nascita di Fidenza continua l'offerta della parto-analgesia farmacologica oltre a quella non farmacologica, precisando che il reparto è anche dotato di vasca per il parto in acqua e che sono attuate tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La procreazione medicalmente assistita viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. Sono stati definiti sia i protocolli di collaborazione tra le Strutture Hub&Spoke, che le modalità di presa in carico della donna nei diversi punti di accesso con le modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la PMA.

Nel 2019 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata complessivamente di **45.284.648,24** registrando un incremento del 3,38% rispetto al 2018. Nel 2018 la spesa per acquisto di farmaci (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) è stata pari a **€ 51.346.368** con un aumento rispetto all'anno precedente del 1,4%.

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

### Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

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

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.

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

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

### **Integrazione socio-sanitaria**

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

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

### **Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari**

Il percorso di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi si è ormai completato e l'avvio operativo è avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda UsI di Piacenza. Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2019 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali.

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

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

Le azioni di sviluppo di cui al presente punto hanno trovato riscontro nella continuità della progettazione e nel passaggio da questa all'implementazione operativa. In questa direzione si collocano anche le azioni di riorganizzazione legate agli obiettivi del periodo di riferimento, definite nei documenti di programmazione regionale, di area vasta e provinciale, oltre che negli obiettivi di mandato della Direzione Generale e nella pianificazione triennale delle attività del Dipartimento informatico unico (AOUL PR, AOU PR e AUSL PC). Il ruolo innovativo dell'ICT si inserisce nel contesto organizzativo, quale importante elemento di supporto al percorso di progressiva razionalizzazione/comunicazione all'interno del sistema sanitario regionale.

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

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

Nel 2019 gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità sono relativi al miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (in progettazione), riqualificazione funzionale del PPIO e del Comparto Operatorio di Borgotaro (in progettazione), alla costruzione del nuovo Centro per la salute, la formazione e l'inclusione sociale di Vigheffio (in

progettazione), alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (in affidamento), alla costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento M02 aggiudicato).

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

### **Governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

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

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

### **Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano**

E' stato garantito il governo degli organici, dei costi ed il rispetto della programmazione delle attività anche grazie all'adozione dei Nuovi Piani Triennali dei Fabbisogni. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta.

(Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo**: obiettivo **3.2.1**, **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivi **4.1.1**)

### **Adempimenti nei flussi informativi**

Le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2019 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali, in particolare l'Azienda ha partecipato, con un proprio rappresentante, ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari.

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

## 2. Premessa

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

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

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



Il presente documento, Relazione sulla Performance 2019, è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall’Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nelle Delibere n. 1/2014 “Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance”, n. 2/2015 “Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS” e n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance”; vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2019, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, con l’indicazione dell’evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, rispetto agli andamenti attesi, nelle diverse dimensioni ed aree di performance in cui è strutturato il piano.

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

Gli impegni strategici su cui si è focalizzata l'Azienda USL di Parma nell'anno 2019, derivati dal Piano della Performance 2018-2020, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma, formalizzati nella DGR 172/15. Vengono qui rendicontate le azioni sviluppate ed i risultati conseguiti nel 2019 e, per un maggiore approfondimento, è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR n. 977/2019" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione del Piano delle Azioni 2019 (pubblicato sul sito della Amministrazione Trasparente). Gli indicatori relativi alle diverse aree di performance considerate, rappresentati in specifiche tabelle, sono rendicontati e commentati attraverso informazioni tratte dal Sistema Informativo Regionale (InSIDER) e, per gli indicatori aggiunti di particolare rilevanza aziendale, da fonti informative interne all'azienda.

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

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

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

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di **specialistica ambulatoriale** che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata). E' stato impostato un costante monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso strumenti informatici che consentono la valutazione quotidiana dell'andamento complessivo. Ai fini di garantire la piena applicazione della DGR 1056/15, è stata condotta un'ulteriore revisione dell'utilizzo delle strutture, delle tecnologie e dei piani di attività con incremento della capacità produttiva ed il sistema di garanzia è stato potenziato con il coinvolgimento sia delle strutture pubbliche che del privato accreditato.

Le azioni svolte nel 2019 sono state orientate a dare applicazione al Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), siglato con l'intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019, ed al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) adottato dalla Regione Emilia-Romagna con Delibera n. 603 del 15 aprile 2019. Con Deliberazione n. 466 del 24 giugno 2019 è stato adottato, d'intesa con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, il "Piano per il Governo delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021", approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 24 giugno 2019, che pone particolare enfasi al percorso di circolarità prescritto-prenotato-erogato al fine di alimentare correttamente i flussi previsti.

Al fine di facilitare la diffusione e l'utilizzo del day service, sono state intraprese azioni di miglioramento per rendere più fruibile il sistema informativo; il day service è ora la modalità organizzativa utilizzata per la gestione dei pazienti oncologici e la somministrazione delle terapie chemioterapiche per i pazienti precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16). Gli specialisti sono stati sensibilizzati all'applicazione della DGR relativa alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica

ambulatoriale (deburocratizzazione) e la prescrizione diretta da parte degli specialisti è incrementata anche attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata. Tutti i distretti hanno individuato soluzioni organizzative finalizzate alla presa in carico del cittadino, sia per i controlli che nei percorsi dedicati alle patologie croniche, individuando punti di riprenotazione all'interno delle Case della Salute. Per un miglioramento dell'accessibilità è stata posta particolare enfasi allo sviluppo del CUP WEB e, come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) rispetto alla richiesta complessiva regionale. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo. Ai sensi della DGR 1056/15, rispetto alla organizzazione delle agende, le prestazioni di per se legate a particolari quesiti diagnostici sono state ricondotte alla prestazione generale della specialità di riferimento, mentre le agende sub-specialistiche sono state riorganizzate nell'ottica di una rivisitazione complessiva dei percorsi orientata alla presa in carico da parte dell'ambulatorio/struttura/U.O. con prenotazione diretta della prestazioni sub-specialistica o di 2° livello.

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

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	139,86	139,7	131,3	Riduzione	137,43
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	95,15	98,18	96,2	Mantenimento	89,54
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	97,7	98,98	98,37	Mantenimento	96,3
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	6,53	7,37	11,33	Mantenimento	8,01
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	15	16	Mantenimento	16
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,26	2,31	5,04	Mantenimento	1,95
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	66,87	74,45	64,81	Mantenimento	62,92
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,98	70,13	59,02	Mantenimento	71,63
Tasso std di accessi in PS	311,29	309,95	395,62	Mantenimento	313,36
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	90,13	83,74	89,3	Aumento	93,73
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	91,18	80,94	93,11	Aumento	96,61
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	80,28	70,37	85,25	Aumento	90,54

Si può osservare una performance molto buona per tutti gli indicatori selezionati, con un'unica flessione registrata nei tempi di attesa per le visite specialistiche. Alcune criticità si sono riscontrate nel 2019 relativamente alle visite oculistiche e dermatologiche (determinate dal perdurare di una situazione di carenza di specialisti in queste discipline, anche nel privato accreditato, che hanno reso difficoltosa la possibilità di effettuare sostituzioni dei periodi di ferie/malattie), ma ha anche inciso la eliminazione del "superticket" sulle prestazioni, che ha portato la domanda, possibilmente inespresa, a lievitare. Le situazioni sono comunque presidiate sia a livello centrale, attraverso un sistema di monitoraggio puntuale quotidiano, sia di committenza distrettuale e sono state impostate le azioni correttive utili a recuperare gli indici di performance. Anche per quanto riguarda gli indicatori relativi ai tempi di attesa dei ricoveri si registrano degli ottimi risultati, ed il trend è molto positivo in tutte le aree considerate, nell'area dei tumori soprattutto, frutto delle azioni messe in campo di carattere sia clinico che organizzativo. Molto buoni anche i risultati relativi all'area del Pronto Soccorso, in cui il sistema sanitario provinciale di Parma, in termini di tasso standardizzato di accesso, raggiunge i migliori risultati regionali, ed anche per quanto riguarda la percentuale di abbandoni e la processazione delle visite rispetto ai codici colore giallo e verde.

### 3.1.2. Area dell'Integrazione

Rispetto al **percorso nascita**, nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 con particolare riferimento alla gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, agito in tutti i Distretti. E' garantita l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste, nel rispetto dei tempi di attesa.

La rete per il **contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli** è stata significativamente sviluppata sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico) sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari). Presso il consultorio familiare ubicato presso la Casa della Salute "Parma Centro" è operativo il "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza", finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere ed intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere, nel 2019 particolare enfasi è stata posta alla violenza domestica in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento dei minori. Gli operatori del Centro, unitamente agli operatori del CUG Aziendale hanno partecipato al corso di formazione, promosso dall'Università di Parma (CIRS), "Sradicare la violenza, coltivare il rispetto".

Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " **Inclusione Sociale-Budget di Salute**". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l'integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. Sono proseguite le attività inerenti alla prossima chiusura della REMS di Casale di Mezzani, con proposta di riconversione della struttura per giovani adulti. Il DAI-SMDP ha attivamente partecipato alla stesura del Protocollo tra Regione Emilia Romagna, Magistrature di Sorveglianza e Cognizione, UEPE. E' stato realizzato uno specifico corso di formazione per il personale con riferimento AVEN. Sono stati tenuti interventi in diversi convegni e numerose pubblicazioni. Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari è stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura. Esito dell'attività di cruscotto è la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative.

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

Per quanto riguarda l'**assistenza farmaceutica**, è stata raggiunta un'intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, che ha contribuito a migliorare il sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio. L'andamento 2019 è in linea con gli obiettivi assegnati all'Azienda.

Nel 2019 è stato rafforzato e sviluppato il ruolo del Gruppo per **l'Integrazione Socio Sanitaria**, che svolge, su mandato della CTSS, la funzione di Ufficio di supporto alla medesima ed è composto dai Direttori di Distretto, dai Responsabili degli Uffici di Piano e coordinato dalla Direzione delle Attività Socio Sanitarie. Il Gruppo, che si è riunito con cadenza bimestrale, ha affrontato diverse problematiche in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS. In tale ambito si è proceduto ad effettuare il riparto del FRNA per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite, approvato dalla CTSS nel mese di ottobre, previo confronto con i Direttori di Distretto ed i Responsabili degli Uffici di Piano (verbale agli atti della Direzione Attività Socio Sanitarie). La programmazione delle risorse del FRNA per la realizzazione dei servizi sia di ambito domiciliare che residenziale è di competenza dei Comitati di Distretto. È stato garantito il costante monitoraggio e la rendicontazione nel sistema regionale online, nel rispetto dei tempi indicati dalla RER, delle risorse del FRNA, FNA e "Dopo di Noi" (L. 112/2016). Nel 2019 il Gruppo per la Integrazione Socio-Sanitaria ha attivamente collaborato:

- alla stesura dei contratti di servizi per il rinnovo degli accreditamenti dei servizi socio-sanitari (CRA, CSRR, CSRD, SAD) e del servizio educativo gestito dalla NPIA,
- alla redazione delle Linee Guida per la definizione di un regolamento per la disciplina e la qualificazione dell'assistenza in case famiglia per anziani,
- a definire le modifiche/integrazioni al Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	7,1	5,66	9,07	Riduzione	5,42
% IVG medica sul totale IVG	30,71	26,35	38,34	Aumento	32,14
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	42,02	38,46	19,85	Riduzione	21,93
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,78	3,81	4,14	Aumento	3,34
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	19,63	19,39	27,56	Mantenimento	21,05
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	157,62	158,57	191,83	Aumento	157,47
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	207,16	191,25	102,43	Riduzione	172,81
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	375,24	403,87	389,25	Mantenimento	359,29

La performance raggiunta è complessivamente buona (molto positivo il tasso di ospedalizzazione per TSO). Rispetto agli indicatori relativi all'assistenza domiciliare, è necessario precisare che non si tratta di criticità organizzative da attribuire alla erogazione dei servizi, bensì a problemi di tracciabilità legate al sistema informativo, per cui sono state intraprese azioni di miglioramento in merito soprattutto alla qualità della registrazione ed alla implementazione della registrazione degli accessi degli operatori dell'area socio-sanitaria. Rimane critico il risultato relativo al tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite, mentre sempre molto buono è il tasso di ospedalizzazione per BPCO e scompenso cardiaco. Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area consultoriale della salute donna si osserva un incremento delle IVG mediche, ed un ottimo risultato rispetto alle attese oltre le due settimane per le IVG chirurgiche. Nelle cure intermedie si osserva un buon risultato nei re-ricoveri in ospedale post dimissione dall'OSCO, a dimostrazione di un buon sistema di governo della rete provinciale.

### 3.1.3. Area degli Esiti

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	13,43	11,17	8,3	Riduzione	9,8
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	3,13	1,9	47,59	Aumento	3,13
Scopenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	9,79	17,6	10,9	Riduzione	15,6
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	14,01	13,5	9,04	Riduzione	6,49
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	10	11,79	8,89	Riduzione	12,23
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	73,5	64,56	82,72	Aumento	76,54
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	75,27	72,47	85,35	Aumento	99,28
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	88,77	Attività concentrata in centro Hub	0
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	0	0	5,78	Attività concentrata in centro Hub	0
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	9,62	7,02	4,6	Riduzione	2,7
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,72	8,65	2,64	Riduzione	0,9
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	15,58	16,65	16,55	Mantenimento	14,74
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,77	0,46	1,02	Mantenimento	1,13
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,68	0,96	1,43	Riduzione	0,5
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	67,02	66,46	76,5	Aumento	72,25
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa medianiper intervento chirurgico	2	2	2	Mantenimento	1

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

## 3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni

Rappresenta la performance connessa all'attività, alla qualità, alla ricerca ed all'innovazione clinica ed organizzativa, è distinta nelle quattro aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2019 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 26-28).

### 3.2.1. Area della Produzione

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

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,28	4,75	3,94	Mantenimento	4,4
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,66	1,52	0	Riduzione	0,57
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,79	1,49	0	Riduzione	0,77
Degenza media pre-operatoria	0,86	0,96	0,69	Riduzione	0,9
Volume di accessi in PS	41.643	40.699	1.944.115	Mantenimento	41.634
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	16.122	16.330	354.900	Mantenimento	15.913
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.702	10.864	251.847	Mantenimento	11.209
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	1.723	1.764	35.708	Riduzione	1.681
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.968	6.590	91.650	Mantenimento	7.262

In quest'area sono evidenti alcune criticità che sono oggetto di importanti azioni di miglioramento messe in campo a seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale e della conseguente ridefinizione degli assetti dipartimentali. Per perseguire i risultati con maggior successo, durante le negoziazioni di budget con le articolazioni del Presidio Ospedaliero, gli indicatori del piano della performance sono stati oggetto di discussione e sono stati inseriti negli obiettivi di budget assegnati ai Direttori dei Dipartimenti e delle Unità Operative; anche nei contratti di fornitura con il privato accreditato sono stati inseriti richiami specifici per il miglioramento degli indici di performance che hanno impatto sul risultato complessivo aziendale. Si conferma il buon risultato ottenuto sulla degenza media pre-operatoria ed il mantenimento sulla percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni. Buone performance si osservano per gli indicatori osservazionali, soprattutto per la riduzione dei volumi di ricoveri in DH medici.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione Territoriale**, le azioni messe in campo hanno riguardato diversi ambiti. **Case della Salute**: l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 29 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel *"Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute"* approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11 e successivamente integrato. Nel 2019 sono state attivate le seguenti Case della Salute, ad aprile la Casa della Salute di Fidenza, nel mese di luglio la Casa della Salute "Pablo" di via Savani a Parma e nel mese di agosto "Lagrisalute" la Casa della salute di Lagrimone nel Distretto Sud-Est. Le Case della Salute attive al 31/12/19 sono 21, che rappresentano la realizzazione del 73% della programmazione aziendale.

In particolare l'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali: Il PDTA del diabete (Gestione Integrata) è attivo in tutte le Case della Salute medie e grandi, il PDTA dello scompenso è attivo in 7 Case della Salute medie e grandi, il PDTA della BPCO (in attesa della formalizzazione del PDTA

Regionale) è attivo in una Casa della Salute grande. Anche il Programma Leggeri è attivo in tutte le Case della Salute e sono state predisposte le azioni per l'attivazione del Progetto volto alla realizzazione dell'équipe di accoglienza presso le Case della Salute. Sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento nelle Case della Salute, in particolare il Referenti Clinici (MMG), i Responsabili Organizzativi ed i board organizzativo-gestionali che operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e dei Dipartimenti Cure Primarie.

Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le case della Salute e particolarmente strutturati nelle Case della Salute a medio-alta complessità. Con nota protocollo n. 5941 del 28/01/19 la Direzione Sanitaria ha formalizzato il documento "Ambulatori Infermieristici della Cronicità" che definisce tempi e modalità organizzative per l'attivazione ed il miglioramento degli ambulatori infermieristici della cronicità a garanzia di un omogeneo sviluppo a livello aziendale.

Sono proseguiti gli interventi per il coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute dei quattro Distretti Aziendali (progetto Stanford nel Distretto di Fidenza, Ambulatorio educativo pazienti diabetici Distretto di Parma, Incontri con gruppi di assistiti a seguito esiti ACIC e PACIC nel Sud Est, Progetto Fragilità nel Distretto Valli Taro e Ceno).

**Cure Intermedie, Cure Palliative e Cure Domiciliari:** funzionano a pieno regime i 30 posti letto c/o la Casa della Salute di San Secondo ed i 18 posti letto attivati c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro; parimente si stanno sviluppando i posti letto di Cure Intermedie nelle Strutture Socio-Sanitarie a supporto delle dimissioni difficili e dell'ADI (6 posti letto attivi c/o la CRA di Colorno e 6 c/o la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano. In tutti i contesti viene regolarmente implementato il flusso SIRCO.

In adempimento alla DGR 560/15 si è completata la rete delle Cure Palliative con attivazione degli ambulatori nei 4 Distretti Aziendali ed è stato identificato le specialista palliativista di riferimento per ognuno dei Distretti.

Nelle Cure domiciliari l'attivazione del software ADI-WEB ha consentito una programmazione migliore delle attività e una flessibilità organizzativa nell'interscambio delle équipe.

Il tema della **continuità assistenziale e delle dimissioni protette** è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e la figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) con l'obiettivo di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	51,4	49,79	54,21	Mantenimento	52,75
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	59,5	57,77	62,37	Mantenimento	61,83
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	24,3	25,53	28,36	Aumento	28,35
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	5,29	4,9	7,25	Aumento	5,55
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	21,18	20,32	20,41	Mantenimento	21,48
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	82,36	82,36	85,13	Mantenimento	81,01
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,38	20,33	20,98	Mantenimento	21,71
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	448.849	425.768	7.169.052	Mantenimento	447.343
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	358.051	366.261	6.674.019	Mantenimento	353.071
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.635.366	2.513.275	48.954.054	Mantenimento	2.677.484
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,37	0,37	0,37	Mantenimento	0,36
%ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	83,33	94,12	89,66	Mantenimento	90,48
Durata media di degenza in OSCO	25,81	21,6	18,51	Riduzione	24,09
Volume di accessi in ADI: alta intensità	3.851	5.095	440.731	Aumento	4.559
Volume di accessi in ADI: media intensità	14.192	14.722	856.988	Aumento	12.396
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	162.501	160.515	1.773.313	Aumento	159.763
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	142.143	154.131	6.984.000	Aumento	158.563
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici per la cronicità	116.801	114.937	ND	Aumento	132.981

Buona la performance registrata in quest'area rispetto a tutti gli indicatori selezionati con particolare riferimento agli indicatori di valutazione dell'area della Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile. La degenza media dei ricoveri in OSCO, il cui valore si discosta dallo standard ed è superiore alla media regionale ma in miglioramento rispetto al 2018, è condizionato dalle diverse tipologie di assistenza erogate nelle cure intermedie a livello provinciale, che comprendono non solo l'ospedale di comunità, ma anche la lungoassistenza. Da segnalare, tra gli indicatori aggiunti a livello aziendale, la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate negli ambulatori infermieristici, che si va consolidando in attesa dell'informatizzazione dell'intero processo.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione della Prevenzione**, nell'anno 2019 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha recepito gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione (DGR 771/2015) declinando le azioni necessarie al perseguimento degli stessi in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali e garantendone la progressione nel rispetto della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2019 gli indicatori sentinella hanno evidenziato un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messe in atto azioni comuni intradipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute. Si è data particolare attenzione ai principi di equità ed in particolare si è proceduto all'applicazione della scheda EQUIA sul percorso piede diabetico. È proseguita l'applicazione del nuovo calendario vaccinale e si sono consolidate le azioni di razionalizzazione nell'offerta delle sedi vaccinali. Per quanto riguarda la vaccinazione antiinfluenzale nei soggetti con età > a 65 anni, nella campagna antiinfluenzale iniziata a novembre 2019 sono state implementate importanti azioni di sensibilizzazione sia nei confronti della popolazione (call center informativo attivato in collaborazione con l'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Parma) che dei professionisti (formazione specifica per i MMG e gli operatori sanitari).

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56,79	55,3	49,9	Mantenimento	59
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	38,72	39,9	34,3	Mantenimento	35,5
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	49,51	55,34	69,67	Aumento	55,45
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	70,47	64,41	62,42	Mantenimento	58,87
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alle persone invitate	49,25	46,74	53,53	Aumento	45,3
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	94,15	92,76	95,05	Aumento	95,46
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA**	47,1	44,6		Aumento	49,2
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	*N.D.	62,8	*N.D.	Aumento	*N.D.
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	93,1	93,16	92,04	Aumento	93,78
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	96,91	95,53	95,52	Mantenimento	95,52
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,68	10,72	9,29	Mantenimento	10,53
% cantieri ispezionati	30,51	25,97	17,83	Mantenimento	26,9
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100	Mantenimento	100
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	88,89	87,59	92,66	Mantenimento	93,09
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	74,34	62,5	85,67	Aumento	74,53

Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	34	32,77		Aumento	51
---	----	-------	--	---------	----

\* dato non disponibile già dall'edizione 2018- comunicazioni OIV (26/06/2019 e 18/06/2020)

\*\* dato provvisorio aziendale

La performance registrata in quest'area evidenzia sia buoni risultati ma anche alcune criticità. La sorveglianza di malattie infettive negli allevamenti fa registrare uno dei migliori risultati a livello Regionale. Pur in mancanza del dato, manifesta una importante criticità l'indicatore relativo alla copertura vaccinale antiinfluenzale negli anziani, dove si sono ricercate soluzioni per migliorare il processo. Il tema è all'attenzione delle Direzioni Dipartimentali e sono in corso azioni per promuovere ulteriormente il ricorso alla vaccinazione, con interventi di sensibilizzazione sia rivolti alla popolazione che ai Professionisti, in primis ai Medici di Medicina Generale. Per quanto riguarda gli screening la percentuale di adesione allo screening della cervice uterina si attesta su un buon valore anche se inferiore rispetto al precedente anno di valutazione. Lo screening coloretale ha evidenziato una leggeraflessione rispetto al 2018 e sono allo studio soluzioni organizzative orientate a facilitare i percorsi di accesso. Sempre sotto osservazione è il risultato, che ha registrato un leggero miglioramento, relativo allo screening mammografico, oggetto di importanti interventi (revisione organizzativa e potenziamento dell'organico) per recuperare la adesione.

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

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

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.
- Nell'attesa di ulteriori decreti applicativi a completamento del corredo previsto dalla L.24 sono stati messi in atto i provvedimenti immediatamente realizzabili in merito alle risposte ai cittadini ed alla pubblicazione di dati. La relazione di cui all'art.4 della norma è stata pubblicata sul sito dell'azienda secondo le istruzioni ricevute dall'assessorato regionale alla salute.
- Continua, con risultati positivi in termini di diffusione dell'utilizzo, la campagna di comunicazione sulla necessità di segnalazione tramite il sistema di IR.
- Per quanto compreso nel nostro case-mix, gli interventi AHRQ4 vengono indicati in SDO. E' in fase di miglioramento, a seguito del riscontro di errori nella estrazione del flusso, l'assolvimento del debito informativo sulla copertura degli interventi AHRQ4 con SSCL .
- La procedura di gestione eventi avversi è stata diffusa in tutte le sedi aziendali e sia il sistema Incident reporting sia il flusso SIMES vengono popolati: per quanto riguarda gli eventi sentinella, la segnalazione di un evento sentinella da sistematicamente luogo alla tenuta di un SEA (Significante event audit) con progetto di miglioramento ove se ne delinei la necessità. Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della messa in atto delle raccomandazioni per evitare il verificarsi degli eventi sentinella è a regime su tutte gli Items e sono stati inviati a Regione (che li ha validati) e di conseguenza ad AGENAS i questionari/check list che hanno evidenziato una buona corrispondenza con i livelli di aggiornamento richiesti.
- La adesione alla check list di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali

- Nella versione rinnovata della procedura per la gestione clinica del farmaco sono stati introdotti i contenuti delle raccomandazioni per la ricognizione e riconciliazione dei farmaci: l'argomento è stato già oggetto di un audit clinico presentato alla regione Emilia Romagna.
- Gli indicatori di attività per la gestione del rischio infettivo non ancora a completo regime mostrano elementi di miglioramento specialmente per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di controllo (SICHER); un trend in miglioramento si osserva anche per l'indicatore relativo al consumo di gel idroalcolico.
- Il progetto OSSERVARE è stato completato e rinnovato ed ampliato il gruppo di osservatori. Completato il progetto di applicazione del braccialetto identificativo in tutte le UO di degenza. FUT utilizzato in tutte le UO. Ripetute sedute di SEA per gli eventi più significativi dal punto di vista delle dinamiche di realizzazione del percorso dell'evento avverso o del quasi evento. Sono state implementate le Linee regionali di indirizzo per la prevenzione e gestione cadute con la totale partecipazione degli operatori richiesti dal progetto agli audit previsti al corso FAD.

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

- **Farmaceutica Convenzionata**: Nel 2019 la spesa farmaceutica netta è stata complessivamente di € **45.284.648,24** registrando un incremento del 3,38% rispetto al 2018. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi undici anni è passata dai € 169,89 del 2009 ai € 102,19 del 2018. Il risultato 2019 è stato superiore di € 3,02 al dato 2018 e inferiore di € 6,33 rispetto alla media regionale 2019 (pari a € 108,52). L'incremento del 2019 deriva in gran parte dal mancato introito del ticket associato all'applicazione della DGR 2075/2018 'Rimodulazione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria nella Regione Emilia-Romagna (circa - €1.200.000) e dalla riduzione degli sconti dovuti dalle farmacie al SSN in applicazione art.551 legge 145/2018 (circa -5% 2019 vs 2018 pari a - € 130.000 ). Sono, comunque proseguiti gli interventi che hanno avuto come obiettivo principale l'appropriatezza prescrittiva ed il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio continuo delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime, insieme all'incremento dei farmaci distribuiti direttamente e attraverso la DPC e alla costante promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto. Tali interventi hanno risentito del turn over dei professionisti dell'ambito della medicina generale e della pediatria di libera scelta con l'assegnazione d'incarichi/convenzioni a medici non ancora completamente allineati con la politica del farmaco aziendale.
- **Farmaceutica Ospedaliera**: Nel 2019 la spesa per acquisto di farmaci(esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) è stata pari a € **51.346.368** con un aumento rispetto all'anno precedente del 1,4%. La spesa farmaceutica ospedaliera complessiva, che comprende anche l'erogazione diretta dei farmaci di fascia H e C, (esclusoossigeno e farmaci innovativi) è stata pari a € **21.867.010**, con un aumento del 1% rispetto all'anno 2018 ; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A ( presa in carico, dimissioni, strutture residenziali, DPC) è stata di € **28.003.788**, con un decremento rispetto l' anno precedente pari a 1%. Si evidenzia che l'incremento dell' acquisto ospedaliero dei farmaci è dovuto essenzialmente all' utilizzo dei farmaci oncologici gruppo B ( non finanziato pari a € 1.444.089) , ai trattamenti per malattie rare ed alla ulteriore presa in carico di pazienti con farmaci ad alto costo .

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,04	10,49	9,44	Riduzione	9,38
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,52	2,67	6,89	Mantenimento	3,09
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,23	1,86	3,57	Mantenimento	4,13
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	22,18	21,32	22,43	Mantenimento	22,91
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	720,21	678,46	822,01	Mantenimento	765,84
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	48,47	50,62	55,3	Aumento	49,97
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	1,96	2,1	1,92	Riduzione	2,19
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	37,49	39,68	27,06	Riduzione	35,82
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	0,23	0,25	0,19	Riduzione	0,22
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,21	6,42	7,94	Mantenimento	7,2
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	17,37	14,08	13,9	Riduzione	11,49
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,72	3,71	4,52	Riduzione	4,52

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

### 3.2.3. Area dell'Organizzazione

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

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

Le direzioni dei dipartimenti e dei servizi interaziendali tecnici ed amministrativi nel 2019 hanno regolarmente presentato le proposte di adeguamento dei rispettivi regolamenti organizzativi, come da specifico mandato delle direzioni aziendali. In area assistenziale è stato consolidato il Dipartimento Interaziendale dell'Emergenza Urgenza e in generale le collaborazioni cliniche, che hanno visto anche la partecipazione di specialisti di AOU alle attività territoriali aziendali. Da segnalare inoltre la formalizzazione della collaborazione dell'area amministrativa delle due direzioni sanitarie. Nella seconda metà dell'anno ci si è concentrati sul completamento delle attività propedeutiche alla formalizzazione dell'integrazione dei servizi in ambito ICT, che però non è stato possibile perfezionare a causa del persistere di talune criticità, in corso di superamento. Da un punto di vista concreto, peraltro, la conduzione dei due servizi informatici è avvenuto a cura di un unico direttore, che si è fatto carico anche delle problematiche di Azienda Usl.

Le azioni realizzate nello sviluppo dell'infrastruttura **ICT** a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, hanno trovato riscontro nella continuità della progettazione e nel passaggio da questa all'implementazione operativa. In questa direzione si collocano anche le azioni di riorganizzazione legate agli obiettivi del periodo di riferimento, definite nei documenti di programmazione regionale, di area vasta e provinciale, oltre che negli obiettivi di mandato della Direzione Generale e nella pianificazione triennale delle attività del Dipartimento informatico unico (AOU PR, AOU PR e AUSL PC). Il ruolo innovativo dell'ICT si inserisce nel contesto organizzativo, quale importante elemento di supporto al percorso di progressiva razionalizzazione/comunicazione all'interno del sistema sanitario regionale. In particolare:

- **Rete SOLE/FSE**

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

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

In particolare nel 2019i DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000, e l'adesione all'SSI è ormai prossima al 100%. Tale risultato è frutto di diversi fattori quali i pensionamenti di MMG non favorevoli all'adesione, nuove attivazioni di MMG neo inseriti e la raggiunta compatibilità di alcuni software che prima non lo erano. Al fine di promuovere e sostenere la diffusione e l'utilizzo dell'SSI è stato attivato un Gruppo Tecnico composto da professionisti dell'AUSL, MMG e rappresentanti della società Lepida SpcA, che affronta temi legati alle criticità evidenziate nell'utilizzo, studiando soluzioni e fornendo indicazioni operative anche per l'implementazione di nuove funzionalità.

Particolarmente soddisfacente il risultato relativo alla promozione della **diffusione del FSE** tra la popolazione, frutto delle numerose iniziative di coinvolgimento con il mondo delle imprese e gli Enti Locali. Complessivamente sono stati attivati 87.724 Fascicoli Sanitari Elettronici che rappresentano una copertura del 19,41% della popolazione provinciale, questi i dati Distrettuali di dettaglio: Parma 46.823 (20,71%), Fidenza 19.808 (19,02%), Valli Taro e Ceno 6.144 (13,83%), Sud-Est 14.949 (19,34%).

- **Dematerializzazione ciclo passivo degli acquisti**

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

- **Azioni di sviluppo tecnologico**

- Studio di fattibilità per siti di Backup e disasterrecovery: i siti di DisasterRecovery e di backup verranno realizzati in collaborazione con CUP2000 e Lepida;
- Attuazione del progetto triennale di revisione dell'infrastruttura di rete per quanto di competenza del periodo di riferimento del presente documento, come previsto dal progetto.

- **Riordino dell'assistenza ospedaliera**

Nel corso del 2019 è stato reingegnerizzato il sistema di gestione delle liste di attesa per interventi programmati adeguando il software aziendale alle nuove specifiche Sigla, ricodificando la maggior parte degli interventi seguendo il nuovo nomenclatore. Il set di interventi programmati include tutto quello previsto da SIGLA 2.0 ed è in fase di stabilizzazione la corretta trasmissione dei dati in tempo reale.

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

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

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

Evoluzione Osservatorio epidemiologico provinciale: il DWH unico provinciale è stato popolato con tutti i dati necessari per la rendicontazione dei flussi regionali. E' in corso la codifica dei microorganismi necessaria al fine di consentire l'analisi di dati sul territorio stesso per poter effettuare analisi epidemiologica statistica e preventiva.

Attivazione braccialetto identificativo del paziente: il braccialetto è stato attivato con la finalità della corretta associazione della terapia al paziente.

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

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

Rispetto agli **adempimenti nei flussi informativi**, le azioni di sistema messe in atto nel corso del 2019 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali, in particolare volte a migliorare in termini qualitativi e quantitativi i flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione). L'Azienda ha sempre partecipato, con un proprio rappresentante formalmente individuato (nota prot. 0049388 del 20/07/18) ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari.

Per quanto riguarda il **sistema dell'accreditamento istituzionale** l'anno 2019 è stato dedicato all'implementazione del sistema qualità analizzato nell'ottica del ciclo completo di valutazione strategica necessaria e propedeutica alla realizzazione del riesame della Direzione, per una efficace gestione del sistema e di migliorarlo su base continua. Tale verifica è stata effettuata attraverso un Audit interno. Con i Dipartimenti sono stati definiti i punti di forza e debolezza riferiti agli esiti conseguiti nel 2019 e, alla luce degli stessi, sono stati pianificati gli obiettivi del 2020. All'interno di questo scenario i Dipartimenti sono stati supportati ad analizzare i loro processi da un'ampia prospettiva: nell'ottica del sistema qualità; analizzandoli focalizzando l'attenzione sulla gestione del rischio; dal punto di vista del cittadino/utente e ponendo attenzione alle attività di supporto necessarie al raggiungimento degli obiettivi stessi. Il prodotto finale è stata la realizzazione dei Piani delle Attività, elaborati per ogni Dipartimento ospedaliero e territoriale. Tali documenti costituiscono la base per il riesame della Direzione di fine anno, oggetto di audit interno.

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

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% di popolazione con fascicolo elettronico attivato	14,03	9,28	ND	Incremento	19,41

La performance registrata è ottima e con un trend in ulteriore miglioramento, frutto delle importanti azioni di sensibilizzazione effettuate anche in collaborazione con le associazioni dei cittadini, e della estensione dell'utilizzo della cartella SOLE tra i Medici di Medicina Generale (SSI) che consente di rilasciare direttamente le credenziali per l'accesso facilitando la attivazione del Fascicolo Sanitario Individuale (FSE).

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

Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate come le scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano 2019/2021. La Relazione annuale ai sensi della legge n. 190/2012 è stata regolarmente elaborata e pubblicata.

In tema di formazione, è stato organizzato un convegno il 25 febbraio, che ha visto una grande partecipazione di operatori delle due Aziende Sanitarie.

E' stata attivata la piattaforma informatica per la ricezione di segnalazioni da parte dei dipendenti (whistleblowing), unica interaziendale, da febbraio 2019, sono comunque state trattate anche le segnalazioni giunte al di fuori della piattaforma. Avviato, in collaborazione con la struttura Internal Auditing interaziendale, il progetto di controllo su alcuni processi specifici (iniziato l'esame del processo di vigilanza sulle farmacie convenzionate).

Proseguita l'attività di diffusione del Codice di Comportamento unico interaziendale, approvato nel maggio 2018. In tema di Trasparenza: 1) effettuato un monitoraggio complessivo degli obblighi di pubblicazione ingennaio, 2) adempiuto alla rilevazione ANAC/OIV in aprile che ha visto raggiungere il massimo di esito positivo, 3) monitorato periodicamente gli accessi civici generalizzati, la cui trattazione è di competenza delle unità organizzative, 4) garantito il supporto continuativo ai vari Servizi circa le pubblicazioni obbligatorie nella sezione web Amministrazione Trasparente.

Svolta l'acquisizione su piattaforma GRU delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse nell'autunno, in collaborazione col Dipartimento Risorse Umane; sono state gestite le segnalazioni pervenute. Il RPCT ha partecipato agli incontri del tavolo regionale in materia di trasparenza e anticorruzione.

La Giornata sulla Trasparenza si è svolta il 18 novembre 2019, in collaborazione con l'Università di Parma.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100		Mantenimento	N.D.*
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovrazionali	61,66	72,89	56,55	Incremento	61,92
% di diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative	100	ND		Mantenimento	100

\*Dato non disponibile a seguito del rinvio dei termini di effettuazione dell'attestazione da parte dell'ANAC – comunicazione OIV 18/06/2020.

Si mantiene ottima la performance in quanto l'assolvimento degli obblighi di trasparenza è un processo molto ben presidiato e sempre molto buona è la performance che si registra negli indicatori osservazionali, particolarmente evidente per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER con un costante trend di miglioramento. Ottimo il risultato relativo alla diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative che le vede raggiunte al 100%.

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

Rappresenta la performance connessa all'innovazione, all'eccellenza tecnologica, alle competenze, al clima interno ed alla motivazione, è distinta nelle aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2019 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

#### 3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica

L'azione aziendale tende a creare legami crescenti tra attività di Ricerca e Formazione e ricadute nell'ambito dell'attività assistenziale. In tale ottica nell'ambito della **ricerca** è proseguita l'attività finalizzata ad utilizzare le banche dati per estrarre indicatori utili a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune classi di farmaci (in particolare nei confronti delle categorie maggiormente a rischio – anziani), la stratificazione della popolazione per definire i livelli di rischio di ospedalizzazione nei soggetti cronici assistiti dalle Case della Salute, formando quindi i professionisti dipendenti e convenzionati all'utilizzo degli strumenti del Chronic Care Model. Inoltre i servizi in staff alla direzione aziendale stanno diffondendo le conoscenze in merito all'utilizzo delle metodologie di ricerca qualitativa nei servizi sanitari e sociali, al fine di qualificare le attività adattandole alle esigenze di un moderno e soddisfacente rapporto con i pazienti. Nel corso dell'anno si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2019.

La Regione Emilia-Romagna, ha acquisito una specifica piattaforma software, SIRER, per la gestione informatizzata della Ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna. Alla presentazione della piattaforma presso l'Agenzia Sanitaria Sociale della Regione hanno partecipato la Segreteria Locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN oltre che un rappresentante della Direzione Sanitaria per la Ricerca e Innovazione aziendale. E' stata assicurata da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico di AVEN e della direzione aziendale la partecipazione ad incontri sulla messa a punto di alcuni dei moduli costitutivi di SIRER sull'utilizzo dell'applicativo.

L'indicatore relativo all'Area della Ricerca e della Didattica ha registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	8	8	ND	Mantenimento	4

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

### 3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo

Nel corso del 2019 sono state sviluppate esperienze formative innovative volte allo sviluppo di specifiche competenze tra cui:

- Il percorso formativo " Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie" di cui è stata valutata la trasferibilità dei contenuti e dei temi affrontati attraverso appositi questionari somministrati all'inizio e a sei mesi dal termine del percorso.
- Il percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Distretto Sud Est: valori, metodi e tecniche che si pone l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni nel 2020.
- Per il percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna"." si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni nel 2020.
- Il percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispositivi Medici si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contestolavorativo.
- Il percorso formativo "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contestolavorativo
- Il percorso formativo "Strategie Aziendali e Strumenti del Controllo Direzionale: un'analisi critica", di cui si intende valutare l'efficacia degli apprendimenti e l'efficacia delle azioni;
- Il percorso formativo "Definizione del profilo di competenze del dipartimento di salute Mentale e Dipendenza Patologiche" di cui si intende valutare l'efficacia delle azioni;
- Il percorso formativo "Supporto all'introduzione del nuovo sistema aziendale di valutazione del personale" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti;
- Il percorso formativo "Potenziamento delle attività di supervisione quale strumento integrante del processo di governo clinico del Dipartimento di Sanità Pubblica" di cui si intendono valutare l'efficacia degli apprendimenti e delle azioni.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2019
N° di eventi formativi interaziendali	22	8	ND	Incremento	23

Continua l'organizzazione di interventi formativi a valenza interaziendale, contribuendo a rafforzare la cultura dell'integrazione tra i Professionisti di Azienda USL ed i Professionisti di Azienda Ospedaliero/Universitaria e la performance è molto buona.

### **3.4.Dimensione di Performance della sostenibilità**

Rappresenta la performance che presidia l'area dei risultati economici, della produttività e dei costi, è distinta nelle aree di seguito elencate (Area economico-finanziaria e Area degli investimenti) di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2018 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

#### **3.4.1. Area economico-finanziaria**

L'azienda nel corso del 2019 ha rispettato il forte mandato regionale in ordine al mantenimento dell'equilibrio economico di bilancio, sia in sede previsionale che in sede di consuntivazione; tutti i documenti sono stati regolarmente approvati con DGR.

Gli investimenti sono stati realizzati in coerenza con le linee di programmazione tempo per tempo stabilite e con le necessarie coperture finanziarie. La gestione finanziaria dell'azienda ha avuto nel periodo un graduale miglioramento, grazie ai trasferimenti regionali costanti, a un consolidato equilibrio economico e a una attenta gestione finanziaria da parte del servizio aziendale competente; particolarmente significativo è il recupero realizzato nel corso del 2019, che ha condotto ormai a un pieno rispetto del termine di pagamento dei debiti commerciali.

L'azienda ha costantemente osservato le indicazioni provenienti dal livello regionale in ordine alla politica degli acquisti, sia in forma diretta sia mediata attraverso la partecipazione della direzione operativa di Aven ai momenti programmatori presso Intercenter. E' stato inoltre consolidato il rapporto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, mediante un continuo confronto e la predisposizione di gare in unione d'acquisto.

Diverse azioni sono state intraprese al fine di mantenere in equilibrio la gestione economica, sia con riferimento agli aspetti assistenziali sia a quelli di pura gestione tecnico-amministrativa.

Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2019, il piano dei fabbisogni è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione con particolare riferimento alla dirigenza medica. Nell'anno 2019 è stata risolta la criticità relativa al ricorso al lavoro interinale a causa della indisponibilità, soprattutto per carenza di graduatorie, del personale infermieristico e di assistenza. E' proseguita l'attività di stabilizzazione dei lavoratori con contratto di lavoro flessibile o a tempo determinato e si è consolidata la prassi di effettuare concorsi comuni per Area Vasta.

Gli indicatori relativi all'Area economico-finanziaria, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
Costo pro capite totale	1.717,36	1.696,76	1.801,56	Mantenimento	1.764,98
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	54,52	52,36	57,04	Incremento	55,67
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.040,68	992,4	1.115,35	Mantenimento	1.090,03
Costo pro capite assistenza ospedaliera	625,25	655,36	629,17	Riduzione	623,71
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	89,17	95,38	95,18	Incremento	100,2
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	86,2	84,98	86,2	Mantenimento	87,05
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	160,23	156,27	169,1	Mantenimento	162,27
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-18,12	-15,86		Mantenimento	-15,35

Ottima la performance registrata in quest'area per tutti gli indicatori selezionati; in particolare l'Azienda ha raggiunto il miglior risultato a livello regionale nell'indicatore relativo al consumo di molecole non coperte da brevetto, frutto degli interventi di sensibilizzazione effettuati nei confronti dei prescrittori. Da segnalare il miglioramento rispetto all'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

### 3.4.2. Area degli investimenti

Gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità, nel 2019, hanno riguardato

- il miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (progettazione conclusa),
- la riqualificazione funzionale del PPIO di Borgo Val di Taro (inaugurato nel novembre 2019),
- la realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (iniziati i lavori il 20/05/19),
- la costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento M02 in esecuzione) ,
- la realizzazione della Casa della Salute Pablo (lavori ultimati nel primo semestre 2019 e la struttura è operativa e funzionante),
- la nuova ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio (lavori ultimati e la nuova struttura operativa e funzionante è stata inaugurata nel dicembre 2019).

Nel corso del 2019 si è inoltre provveduto, relativamente agli adeguamenti antincendio delle strutture ambulatoriali, a:

- proseguire nella progettazione degli adeguamenti necessari presso la Casa della Salute di Colorno;
- completare la progettazione degli adeguamenti necessari presso la Casa della Salute di Traversetolo;
- avviare la progettazione degli adeguamenti necessari presso il Polo Sanitario di Via Verona;
- completare la progettazione degli adeguamenti necessari presso la Casa della Salute "Pintor Molinetto"

Relativamente agli interventi in progettazione, gli stessi sono stati sottoposti all'esame del Gruppo Tecnico Regionale entro le scadenze fissate dalla L.2606/2005 e dalla DGR 708/2015.

Nel 2019 è stata data attuazione al programma degli acquisti di tecnologie previsti nella programmazione triennale ed annuale, allegata ai bilanci di previsione relativi. E' in corso di effettuazione il monitoraggio della dislocazione e dell'uso delle apparecchiature aziendali, al fine della stesura di criteri condivisi con l'AOU di Parma. Nel corso del 2019 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2019	Risultato atteso 2019	Risultato raggiunto 2019
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	42,79	14,43		Aumento	38,30

Il risultato è in linea con quanto realizzato nel 2018.

## 4. Conclusioni

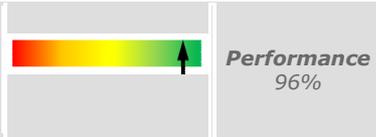
La performance raggiunta dall'Azienda USL di Parma nel 2019 rispetto agli indicatori di valutazione selezionati per il monitoraggio del Piano della Performance è complessivamente buona, evidenziando, nello specifico, aree di eccellenza ed aree che presentano qualche criticità. Ottima la performance nell'Area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

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

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

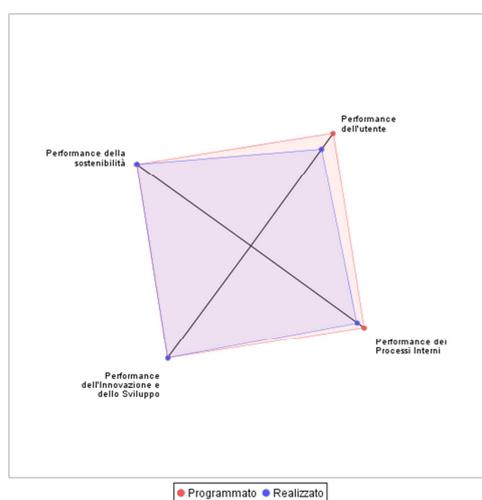
Il grado di raggiungimento percentuale della performance aziendale risulta essere del 96% contemplando anche gli indicatori con solo monitoraggio aziendale. Prendendo in considerazione i soli indicatori monitorati a livello regionale il grado di raggiungimento della performance è sempre molto buono, pari al 93%.

## Performance Ausl 2019 (situazione 31/12/2019)



Nella tabella sotto riportata si evidenzia sinteticamente la percentuale raggiunta per ogni dimensione e relativa rappresentazione grafica

Dimensione	Performance
Performance dell'utente	93
Performance dei Processi Interni	96
Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	100
Performance della sostenibilità	96



Di seguito si evidenzia per ogni area della Performance la percentuale di raggiungimento degli obiettivi

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<b>1-Performance dell'Utente</b>  93%	<b>1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>	 95%
	<b>1.2 - Area dell'integrazione</b>	 90%
	<b>1.3 - Area degli Esiti</b>	Monitoraggio non disponibile: indicatori di Osservazione

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<b>2 – Performance dei Processi Interni</b>  96%	<b>2.1 - Area della Produzione</b>	 90%
	<b>2.2 - Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>	 94%
	<b>2.3 - Area dell'Organizzazione</b>	 100 Indicatori Aziendali
	<b>2.4 - Area dell'Anticorruzione e della trasparenza</b>	 100%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<b>3 - Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>  100%	<b>3.1 - Area della ricerca e della didattica</b>	 100 Indicatori Aziendali
	<b>3.2 - Area dello sviluppo organizzativo</b>	 100% Indicatori Aziendali

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<b>4 - Performance della sostenibilità</b>  96%	<b>4.1 - Area economico-finanziaria</b>	 97%
	<b>4.2 - Area degli investimenti</b>	 96% Indicatori Aziendali

## 5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2019 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 977/2019”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Commissario Straordinario allegata al Bilancio d’esercizio 2019 (Deliberazione n. 328 del 29/05/20)

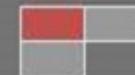
**2019**



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

**Stato di avanzamento delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi di cui alla D.G.R. 977/2019**

**Verifica al 31/12/2019**



## SOMMARIO

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

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

1.1.1 - Piano Regionale della Prevenzione	1
1.1.2 - Legge regionale n. 19/18	2

#### 1.2 - Sanità Pubblica

1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	3
1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	5
1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	6
1.2.4 - Programmi di screening oncologici	8
1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	10
1.2.6 - Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie	12

#### 1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

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

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

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

### 2 - Assistenza territoriale

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

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

#### 2.2 - Assistenza Territoriale

2.2 - Assistenza Territoriale	24
2.2.1 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	25

#### 2.3 - Ospedali di Comunità

2.3 - Ospedali di Comunità	30
----------------------------	----

## SOMMARIO

### 2 - Assistenza territoriale

#### 2.4 - Assistenza Protesica

2.4 - Assistenza Protesica	31
----------------------------	----

#### 2.5 - Cure Palliative

2.5 - Cure Palliative	32
-----------------------	----

#### 2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette

2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	35
--	----

#### 2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita

2.7.1 - Percorso Nascita	37
--------------------------	----

2.7.2 - Salute riproduttiva	40
-----------------------------	----

2.7.3 - Percorso IVG	41
----------------------	----

2.7.4 - Procreazione Medicalmente Assistita	42
---	----

#### 2.8 - Contrasto alla violenza di genere

2.8 - Contrasto alla violenza di genere	43
---	----

#### 2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 - Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	46
---	----

2.9.2 - Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza	47
---	----

2.9.3 - Lotta all'antibioticoresistenza	50
---	----

2.9.4 - Promozione dell'allattamento	51
--------------------------------------	----

2.9.5 - Promozione della salute in adolescenza	53
--	----

#### 2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico

2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	54
--	----

#### 2.11 - Formazione specifica in medicina generale

2.11 - Formazione specifica in medicina generale	55
--	----

#### 2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	56
--	----

#### 2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico

2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico	57
---	----

## SOMMARIO

### 2 - Assistenza territoriale

#### 2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri

2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri	58
---	----

#### 2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER	59
--	----

2.15.2 - Obiettivi di appropriatezza ed equità	60
--	----

2.15.3 - Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate	66
---	----

2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico	67
---	----

2.15.5 - Farmacovigilanza	69
---------------------------	----

2.15.6 - Dispositivi medici	70
-----------------------------	----

2.15.7 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi	71
---	----

2.15.8 - Attuazione LR 2/2016	72
-------------------------------	----

### 3 - Assistenza Ospedaliera

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

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	73
--	----

#### 3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2.1 - Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	77
---	----

3.2.2 - Reti di rilievo regionale	79
-----------------------------------	----

3.2.3 - Emergenza Ospedaliera	83
-------------------------------	----

3.2.4 - Centrali Operative e 118	84
----------------------------------	----

3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	85
---	----

3.2.7 - Volumi-esiti	86
----------------------	----

#### 3.3 - Screening neonatale

3.3 - Screening neonatale	88
---------------------------	----

#### 3.4 - Sicurezza delle cure

3.4 - Sicurezza delle cure	89
----------------------------	----

#### 3.5 - Accreditemento

3.5 - Accreditemento	92
----------------------	----

## SOMMARIO

### 3 - Assistenza Ospedaliera

#### 3.6 - Lesioni da pressione

3.6 - Lesioni da pressione	93
----------------------------	----

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

3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	94
--	----

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

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

4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	95
---	----

4.1.2 - Le buone pratiche amministrativo-contabili	97
--	----

4.1.3 - La regolazione dei rapporti con i produttori privati	98
--	----

4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	99
---	----

4.1.5 - Mobilità internazionale	100
---------------------------------	-----

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

4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	101
---	-----

#### 4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane	103
--------------------------------------	-----

#### 4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	109
---	-----

#### 4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	111
--	-----

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

4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	114
---	-----

#### 4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	116
--	-----

#### 4.8 - Sistema Informativo

4.8 - Sistema Informativo	119
---------------------------	-----

#### 4.9 - La gestione del patrimonio immobiliare

4.9.1 - Gli investimenti	124
--------------------------	-----

## SOMMARIO

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

#### **4.9 - La gestione del patrimonio immobiliare**

4.9.2 - Le tecnologie biomediche ..... 127

4.9.3 - Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA ..... 128

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

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

5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ..... 129

Piano delle Azioni 2019					
Indice					
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance		
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro  99%	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18  100%	1.1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 1.1.2 - Legge regionale n. 19/18	100% 100%		
	1.2 - Sanità Pubblica  97%	1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi 1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive 1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 1.2.4 - Programmi di scening oncologici 1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita 1.2.6 - Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie	98% 100% 94% 99% 95%		
		1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione  98%	1.3.1 - Piano Regionale Integrato 1.3.2 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali 1.3.3 - Realizzazione dei controlli sui contaminanti 1.3.4 - Mantenimento sistemi informativi 1.3.5 - Tutela benessere animale	99% 94% 99% 100% 100%	
			1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie  100%	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	100%
			2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale  96%	2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	96%
				2.2 - Assistenza Territoriale  86%	2.2 - Assistenza Territoriale 2.2.1 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

Piano delle Azioni 2019			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR		Performance
2 - Assistenza territoriale  87%	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u>	 89%	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u> 89%
	<u>2.4 - Assistenza Protesica</u>	 100%	<u>2.4 - Assistenza Protesica</u> 100%
	<u>2.5 - Cure Palliative</u>	 75%	<u>2.5 - Cure Palliative</u> 75%
	<u>2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	 71%	<u>2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u> 71%
	<u>2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita</u>	 92%	<u>2.7.1 - Percorso Nascita</u> 100%
			<u>2.7.2 - Salute riproduttiva</u> 78%
			<u>2.7.3 - Percorso IVG</u> 97%
			<u>2.7.4 - Procreazione Medicalmente Assistita</u>
	<u>2.8 - Contrasto alla violenza di genere</u>	 100%	<u>2.8 - Contrasto alla violenza di genere</u> 100%
	<u>2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale</u>	 99%	<u>2.9.1 - Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</u> 100%
			<u>2.9.2 - Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza</u> 100%
			<u>2.9.3 - Lotta all'antibioticoresistenza</u> 98%
<u>2.9.4 - Promozione dell'allattamento</u> 99%			
<u>2.9.5 - Promozione della salute in adolescenza</u> 100%			
<u>2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico</u>	 100%	<u>2.10 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico</u> 100%	
<u>2.11 - Formazione specifica in medicina generale</u>	 100%	<u>2.11 - Formazione specifica in medicina generale</u> 100%	
<u>2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</u>	 50%	<u>2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</u> 50%	

Piano delle Azioni 2019				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
2 - Assistenza territoriale  87%	<u>2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico</u>	<u>2.13 - Trasporti per trattamento emodialitico</u>		
	<u>2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri</u>	<u>2.14 - Assistenza sanitaria nelle carceri</u>		
	<u>2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici</u>  79%	<u>2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER</u>	<u>2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER</u>	0%
		<u>2.15.2 - Obiettivi di appropriatezza ed equità</u>	<u>2.15.2 - Obiettivi di appropriatezza ed equità</u>	96%
		<u>2.15.3 - Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate</u>	<u>2.15.3 - Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate</u>	100%
		<u>2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico</u>	<u>2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico</u>	100%
		<u>2.15.5 - Farmacovigilanza</u>	<u>2.15.5 - Farmacovigilanza</u>	36%
		<u>2.15.6 - Dispositivi medici</u>	<u>2.15.6 - Dispositivi medici</u>	100%
	<u>2.15.7 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi</u>	<u>2.15.7 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi</u>	100%	
	<u>2.15.8 - Attuazione LR 2/2016</u>	<u>2.15.8 - Attuazione LR 2/2016</u>	100%	
3 - Assistenza Ospedaliera  91%	<u>3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	<u>3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	100%	
	<u>3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u>  87%	<u>3.2.1 - Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto</u>	<u>3.2.1 - Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto</u>	96%
		<u>3.2.2 - Reti di rilievo regionale</u>	<u>3.2.2 - Reti di rilievo regionale</u>	50%
		<u>3.2.3 - Emergenza Ospedaliera</u>	<u>3.2.3 - Emergenza Ospedaliera</u>	100%
		<u>3.2.4 - Centrali Operative e 118</u>	<u>3.2.4 - Centrali Operative e 118</u>	91%
		<u>3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</u>	<u>3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</u>	100%
	<u>3.2.7 - Volumi-esiti</u>	<u>3.2.7 - Volumi-esiti</u>	85%	
<u>3.3 - Screening neonatale</u>	<u>3.3 - Screening neonatale</u>	<u>3.3 - Screening neonatale</u>	100%	
<u>3.4 - Sicurezza delle cure</u>	<u>3.4 - Sicurezza delle cure</u>	<u>3.4 - Sicurezza delle cure</u>	79%	

Piano delle Azioni 2019				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza Ospedaliera  91%	3.5 - Accreditamento	100%	3.5 - Accreditamento	100%
	3.6 - Lesioni da pressione	72%	3.6 - Lesioni da pressione	72%
	3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	100%	3.7 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	100%
4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa  95%	4.1 - Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA	100%	4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	100%
		100%	4.1.2 - Le buone pratiche amministrativo-contabili	100%
		100%	4.1.3 - La regolazione dei rapporti con i produttori privati	100%
		100%	4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	100%
		100%	4.1.5 - Mobilità internazionale	100%
	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	92%	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	92%
	4.3 - Il governo delle risorse umane	100%	4.3 - Il governo delle risorse umane	100%
4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	100%	4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	100%	
4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	76%	4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	76%	

Piano delle Azioni 2019				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa 95%	4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali 100%		4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	100%
	4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 100%		4.7 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	100%
	4.8 - Sistema Informativo 90%		4.8 - Sistema Informativo	90%
	4.9 - La gestione del patrimonio immobiliare 100%		4.9.1 - Gli investimenti 4.9.2 - Le tecnologie biomediche 4.9.3 - Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA	100% 100% 100%
5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale 94%	5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale 94%		5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	94%

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>1</b>	<b><u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u></b>	 99%
---------------------------	----------	---	---

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.1.1</b>	<b><u>Piano Regionale della Prevenzione</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.1</b>	<b>DGR 977/19 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella) condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano. Nel 2019 le aziende Usl contribuiranno al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale. Anche le Aziende Ospedaliere partecipano all'implementazione del PRP, attuando le azioni di competenza previste e collaborando con le Ausl la raggiungimento dei risultati.		Monitorati gli indicatori sentinella che già al 30/11 hanno attuato più dell'80% delle azioni previste	
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b> DGR 977/19 (1.1.1)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Indicatori sentinella con valore conseguito >=80% (Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	45,00%	95,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.1.2</b>	<b>Legge regionale n. 19/18</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.2</b>	<b>DGR 977/19 - Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
La LR n. 19/2018 prevede l'implementazione di specifici strumenti di coordinamento delle politiche di promozione e prevenzione della salute, di raccordo con altri Enti ed Istituzioni coinvolti, di raccordo con il PRP			Nell'anno sono stete realizzate iniziative, incontri e progetti sui principali contenuti della Legge 19/18 in tema di promozione stili di vita e benessere della persona.						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (1.1.2)					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Nel corso del 2019 verranno realizzate iniziative di divulgazione sui principali contenuti della Legge ed avviate alcune attività prioritarie cui le Ausl dovranno assicurare la propria collaborazione	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>1.2</b>	<b>Sanità Pubblica</b>	 97%
-------------------------------	------------	------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.1</b>	<b>Epidemiologia e sistemi informativi</b>	 98%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.3</b>	<b>DGR 977/19 - Epidemiologia e sistemi informativi</b>			 98%
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP. Tra le Sorveglianze da mantenere e consolidare si richiamano il Sistema di Sorveglianza dei stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute) e il registro regionale di mortalità; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione: screening oncologici e vaccinazioni. Va implementato il registro regionale dei tumori. Le Aziende assicurano inoltre l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la completa messa a regime del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.		La sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO è proseguita mediante l'effettuazione delle interviste programmate nel rispetto dei numeri richiesti dal Sistema di Sorveglianza.  Effettuato nel rispetto della scadenza regionale (29/03/2019 e 29/10/2019) l'invio dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2018 e nel primo semestre del 2019.			
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.3</b>	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.3</b>	<b>DGR 977/19 - Epidemiologia e sistemi informativi</b>						 98%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2019) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003(entro Marzo 2020)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	50,00%	100,00%		100,00%	
Realizzazione delle interviste PASSI programmate (Interviste realizzate/interviste programmate al Febbraio 2020)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	45,00%	90,00%		95,00%	
Confluenza dati e flussi sull'applicativo unico del registro regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.2</b>	<b>Sorveglianza e controllo delle malattie infettive</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.4</b>	<b>DGR 977/19 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale. Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI. Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alla DGR n. 828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi"	<p>I casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP sono stati n.9 tutti testati dal laboratorio di riferimento Regional (100%)</p> <p>Tutti i casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI da oltre 6 mesi sono state consolidate. Al 1 ottobre sono state inserite n. 2436 notifiche di malattie infettive.</p> <p>Strutture esistenti n. 370 strutture controllate 27 pari al 7,2%</p>

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionale	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Schede casi malattie infettive inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite in applicativo SMI	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	100,00%		100,00%
% Strutture turistico-recettive esistenti/strutture turistico-recettive controllate	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	7,20%	7,20%		100,00%

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.5</b>	<b>DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguire l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.			L'attività vaccinale prosegue come da programmi, le coperture saranno disponibili nei primi mesi del anno prossimo 2020. La copertura vaccinale antipneumococcica nella popolazione di età = 65 anni verrà elaborata a chiusura dell'anno in quanto la maggioranza delle vaccinazioni verranno effettuate in occasione della campagna antinfluenzale che prosegue sino a dicembre. In attesa di aggiornamento dati dei flussi regionali.						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24° mese)	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%				
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006	specifico flusso di riferimento		% >=		60,00%				
Copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni	specifico flusso di riferimento		% >=		55,00%				

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.3.1</b>	<b>DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.1		Area della produzione							
<b>Obiettivo</b>		<b>5.6.3.1</b>		<b>DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale</b>													
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguire l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.				<p>Vaccinazioni della Prima infanzia: tutte le Pediatrie aziendali hanno proposto attivamente le vaccinazioni raccomandate per Meningococco B e Rotavirus , la vaccinazione antivaricella obbligatoria a partire dai nati 2017.</p> <p>E' proseguita anche nel primo semestre 2019 l'attività molto impegnativa di recupero inadempienti all'obbligo vaccinale al fine di migliorare le coperture vaccinali; questo impegno imposto dagli obblighi di Legge, associato all'estensione della vaccinazione HPV anche ai maschi, in alcune realtà ha prodotto un ritardo rispetto alla chiamata per la vaccinazione non obbligatoria anti HPV, per cui è appena iniziata la chiamata per i nati 2007 (e non del 2008 come previsto).</p> <p>Il passaggio all'anagrafe vaccinale real time è avvenuto il 7/6/2019.</p> <p>Si conferma anche nel secondo trimestre la proposta attiva di vaccinazioni antimeningococco B Rotavirus e Varicella a nuovi nati come previsto da PNPV 2017-19, la gestione inadempienti e i recuperi vaccinali . La copertura vaccinale a 24 mesi prodotta dalla Regione per l'Ausl di Parma è di 97,1% e 99,8% al 31/12/2018 e al 30/06/19. Non è stato prodotto il dato di copertura vaccinale per HPV ai nati 2006 ma si stima che possa essere stato raggiunto l'obiettivo del 60% . Si resta in attesa di un aggiornamento dati da parte della Regione.</p>													
<b>Obiettivi Performance</b>		2.1.3		Attività di prevenzione e promozione della salute				<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 977/19							
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>		<b>Valore atteso intermedio</b>		<b>Valore atteso finale</b>		<b>Valore ragg. intermedio</b>		<b>Valore ragg. finale</b>		<b>Perf. inter</b>		<b>Perf. finale</b>	
Copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24° mese)		Specifico flusso di riferimento		% >=				95,00%									
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006		Specifico flusso di riferimento		% >=				60,00%									

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.4</b>	<b>Programmi di scening oncologici</b>			 94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019			Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.5.1</b>	<b>DGR 977/19 - Programmi di screening oncologici</b>			 94%
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore alla mammella.		<p>Per quel che concerne lo Screening Colonrettale, l'indicatore di copertura della popolazione (popolazione target che ha effettuato test di screening) è riferito alla rilevazione puntuale al 30/11/2019 (Inviti al 30/11/2019 Adesione al 30/11/2019) tenendo conto del fatto che il nuovo round ha avuto inizio nel mese di maggio; il valore è pari al 45,3% (media RER 53,53%). Si resta in attesa di un aggiornamento del dato annuale da parte della Regione.</p> <p>Per lo screening mammografico, nei limiti consenti dal personale medico e tecnico disponibile, si è cercato di garantire il massimo possibile della copertura mentre il percorso eredo-familiare è stato garantito a tutte le pazienti aderenti.</p> <p>Per lo screening Collo -Utero il tasso di adesione rilevato al 31/12/2019 e' di poco inferiore allo standard regionale ed e' stato rilevato dalla scheda puntuale desunta dal programma dedalus.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.2.5.1	DGR 977/19 - Programmi di screening oncologici							 94%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accettabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		58,90%		98,00%		
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 70%, accettabile >60%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%	52,26%	55,40%		92,00%		
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accettabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		45,30%		91,00%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.5</b>	<b>Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</b>	 99%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.6</b>	<b>DGR 977/19 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</b>			 99%
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017		<p>L'obiettivo del 9% da raggiungere è stato aggiornato a 2037 PAT da controllare. Al 30 novembre ne sono state controllate 1984 pari al 8,7%</p> <p>Controllati n. 113 cantieri per rimozione amianto su n.450 piano presentati (art. 256 D.Lgs81/08)</p> <p>L'ambulatorio di medicina del lavoro è pienamente in attività ed è attiva la sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP</p> <p>Informazione e formazione: tutte le iniziative di formazione e formazione programmate sono già state realizzate. Nel mese di dicembre ne sono previste ulteriori 4</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.1.6.6	DGR 977/19 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita							 99%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% Aziende con dipendenti ispezionate (delle PAT esistenti)	specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%	5,40%	8,70%		97,00%		
Nr. cantieri rimozione amianto controllati sul totale piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%	24,00%	25,00%		100,00%		
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Informazione e formazione: nr. Iniziative di formazione e formazione realizzate su iniziative programmate	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	100,00%	100,00%		100,00%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.2.6</b>	<b>Strutture sanitarie, socio assistenziali e socio sanitarie</b>	 95%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.7</b>	<b>DGR 977/19 - Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-sanitaria</b>	 95%
------------------	----------------	---	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Con DGR 1943/2017 è stato avviato il processo di revisione delle procedure di autorizzazione e accreditamento. Nel 2018 sono state emanate le linee di indirizzo per i regolamenti per le Case Famiglia che forniscono indicazioni anche riguardo l'attività di vigilanza e controllo.	Tutte le strutture autorizzate al 01/09/2019 sono state inserite nell'anagrafe regionale. Le poche strutture non ancora inserite (10%) verranno registrate nel mese di dicembre  Strutture per anziani e disabili con max 6 pl controllate n. 38 su 61 esistenti (63%)

<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19
------------------------------	-------	------------------------------------	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (% strutture autorizzate/anno)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	90,00%		90,00%
% Strutture per anziani e disabili con max 6 pl. controllate su esistenti	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	21,00%	63,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>1.3</b>	<b><u>Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</u></b>	 98%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.3.1</b>	<b><u>Piano Regionale Integrato</u></b>	 99%
------------------------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.8</b>	<b>DGR 977/19 - Piano Regionale Integrato</b>	 99%
------------------	----------------	---	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori individuati per il 2019 come "sentinella" nel PRI approvato con DGR 1500/2017 e prorogato al 2019	Gli indicatori "sentinella" sono monitorati al fine di raggiungere a fine anno un valore pari allo standard indicato dalla regione.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistemi nazionali es. Vetinfo, sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL	% >=		100,00%		97,00%		97,00%
% Della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL	% >=		80,00%		90,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.3.2</b>	<b>Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali</b>	 94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.9</b>	<b>DGR 977/19 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina</b>	 94%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le aziende, oltre a quanto previsto nel PRI per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina, brucellosi ovi caprina, dovranno registrare i dati dei controlli ufficiali sul sistema nazionale SANAN (indicatore LEA 2018); le ispezioni per anagrafe ovocaprina andranno registrate sul portale nazionale VETINFO.	Tutte le attività di controllo sugli allevamenti è in linea con quanto richiesto dai relativi piani.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno.	sistema SEER dell' IZSLER	% >=		100,00%	55,00%	92,00%		92,00%
% Dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN.	sistema SISVET di VETINFO	% >=		80,00%	38,00%	73,00%		91,00%
% Aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo.	portale nazionale VETINFO "Statistiche"	% >=		3,00%	1,90%	3,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.3.3</b>	<b>Realizzazione dei controlli sui contaminanti</b>	 99%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.10</b>	<b>DGR 977/19 - Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)</b>					 99%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Attuare controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari			Effettuati n.212 (106 +106) su 213 programmati (107 matrici vegetali e 106 acque potabili) previsti dal Piano pevisto							
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.1.3</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
% Campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.	sistema nazionale NSIS		% >=		100,00%	45,00%	99,00%		99,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.3.4</b>	<b>Mantenimento sistemi informativi</b>							 100%	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019				Indicazione sintetica della situazione attuale						
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>			Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.11</b>	<b>DGR 977/19 - Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati di sistema ORSA</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>						
Le Ausl dovranno garantire che i dati presenti in ORSA soddisfino il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN				Al 31/12 i dati presenti in ORSA soddisfano il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>			<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Idoneità dei dati Ausl presenti nel sistema regionale ORSA di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute	ORSA			% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.3.5</b>	<b>Tutela benessere animale</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.12</b>	<b>DGR 977/19 - Tutela del benessere animale</b>	 100%
------------------	-----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Garantire il controllo negli allevamenti garantendo la percentuale di controlli ufficiali previsti nel piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie, e benessere negli impianti di macellazione	La percentuale raggiunta aL 31/12 è stata del 98%.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Di controlli ufficiali effettuati = %controllo per benessere in allevamenti di: ( vitelli x 0,2)+( suini x 0,2)+(ovaiole x 0,2)+(polli da carne x 0,2)+("altri bovini" x 0,1)+(impianti di macellazione x 0,1)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	58,00%	98,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>1.4</b>	<b><u>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>1.4</b>	<b><u>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u></b>	 100%
------------------------------	------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.3.1</b>	<b>DGR 977/19 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
Implementare, proseguire, promuovere azioni relative alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro (cartella sanitaria e di rischio informatizzata, prevenzione patologie trasmesse per via ematica e/o aerea, vaccinazioni agli operatori sanitari, raccolta segnalazioni di aggressioni a carico del personale)		"E' proseguita nel 2019 l' offerta attiva delle vaccinazioni e sono stati effettuati 2 corsi di formazione sulle malattie prevenibili da vaccini a Borgotaro e Vaio, oltre a 2 corsi sul rischio biologico e vaccinazioni per neoassunti, in collaborazione con SPPA e Gruppo di gestione del rischio infettivo aziendale. La copertura vaccinale antinfluenzale 2019-2020 è in corso di elaborazione da parte della Regione. Il dato è fondamentale ai fini della performance in quanto comprensiva delle vaccinazioni non praticate dai medici competenti aziendali. I medici competenti hanno partecipato agli incontri regionali di addestramento alla cartella sanitaria Web, che, per un ulteriore imprevisto rinvio, sarà installata presso la nostra azienda entro maggio 2020. Tale cambiamento richiederà notevole impegno orario da parte degli operatori in quanto dovranno essere trasferiti tutti i dati presenti nell'attuale formato cartaceo."	
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3 Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 977/19 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 51% di copertura)	specifico flusso di riferimento	% >=		32,80%		51,00%		100,00%	
Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/ immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		98,00%		100,00%	
Report sulle azioni realizzate: % azioni realizzate su quelle programmate	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%		100,00%	

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>2</b>	<b>Assistenza territoriale</b>	 87%
---------------------------	----------	--------------------------------	---

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.1</b>	<b>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>	 96%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.1</b>	<b>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>	 96%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.3.1</b>	<b>DGR 977/19 - Mantenimento dei tempi di attesa</b>	 94%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard	I tempi di attesa delle prestazioni a monitoraggio sono stati costantemente monitorati e presidiati, si è inoltre proceduto a stilare le caratteristiche qualitative della composizione delle agende nel contesto del nuovo piano liste di attesa che è stato condiviso tra le aziende sanitarie ed i principali erogatori AUSL. Il 2019 ha registrato i seguenti indici di performance: IP priorità D 93 %, le principali criticità sono state registrate in alcune specialità in cui è più marcata la difficoltà nel reperire personale medico come l'oculistica, mentre l'IP della priorità B è al 78,8 % decisamente sotto la soglia regionale attesa, ma in miglioramento rispetto al primo semestre.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	<b>Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 977/19</b>
------------------------------	--------------	---	------------------------------	-------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità D , nelle rilevazioni regionali ex ante.	cruscotto regionale	% >=		90,00%		93,00%		100,00%
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B , nelle rilevazioni regionali ex ante.	cruscotto regionale	% >=		90,00%		78,80%		88,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.3.2</b>	<b>DGR 977/19 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative</b>			 89%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative			E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 87.000 sanzioni, riferibili all'anno 2016 (partenza 4 aprile), 2017, 2018, 2019. Nel corso del triennio incrementa il numero totale delle disdette effettuate dai cittadini (pari a circa il 10% degli appuntamenti).						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	specifico flusso di riferimento		Numero <=		14.947,00		18.203,00		78,00%
Nr. disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) valore rispetto al 2018	specifico flusso di riferimento		Numero >=		358.852,00		394.737,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.3.3</b>	<b>DGR 977/19 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Prescrizioni e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico l'utente			E' stata sempre più diffusa l'indicazione della presa in carico da parte dello specialista con conseguente prescrizione dei controlli successivi e delle indagini necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto. Tale indicazione è stata inserita nel nuovo piano liste di attesa e sono state informate le strutture eroganti coinvolte. Riguardo il numero delle prescrizioni formulate dagli specialisti è necessario un approfondimento dell'intero processo di individuazione del prescrittore partendo dalla anagrafica dei prescrittori. Il totale delle prescrizioni con riprenotazione interna nel 2019 ammonta a 248.905. Il valore a consuntivo riportato per il secondo indicatore pari al 75,61 % è risultato tenendo conto che la presa in carico venga calcolata aggiungendo l'utilizzo delle code utente (per le agende non aggiornate alle code presidio è così riconoscibile la presa in carico) il dato sale al 75,61%.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	2.2.3.3	<b>DGR 977/19 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli</b>				 100%			
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Nr. di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%).		ASA/ARMP/DEMA	% >=		70,00%		81,32%		100,00%
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo.		ASA/ARMP/DEMA	% >=		55,00%		75,61%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
<b>Obiettivo</b>	2.2.3.4	<b>DGR 977/19 - Monitoraggio prestazioni prenotazione on line sul CUPWEB regionale</b>				 100%			
<b>Descrizione</b>	Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale		<b>Rendicontazione</b>						
			Si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Al 22/11/19, si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 468 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo e delle note a corredo delle prestazioni.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.3.4	DGR 977/19 - Monitoraggio prestazioni prenotazione on line sul CUPWEB regionale						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB/numero di viste e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP	cupweb	% >=		85,00%		100,00%		100,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.2</b>	<b><u>Assistenza Territoriale</u></b>	 86%
-------------------------------	------------	---------------------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.2</b>	<b><u>Assistenza Territoriale</u></b>	 79%
------------------------------	------------	---------------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.3.5</b>	<b>DGR 977/19 - Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)</b>	 79%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Con DGR 330/2018 sono state istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nel 2019 tutte le Aziende devono istituire le AFT, dando evidenza della loro istituzione dell'adozione del regolamento per il loro funzionamento	In accordo con le OO.SS. Di categoria sono stati definiti i criteri per l'individuazione delle AFT ed è stata redatta la bozza definitiva di regolamento. È in corso la formalizzazione.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione del regolamento per il funzionamento interno delle AFT	specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		90,00%
Istituzione delle AFT e individuazione del referente AFT	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		70,00%		70,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</b>	 94%	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.1</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</b>	 100%	
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>		
<p>Proseguire nell'attivazione delle CdS programmate ed individuazione nuove progettualità. Consolidamento contenuti DGR 2128/2016 con particolare riferimento al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento delle CdS</p>		<p>Prosegue regolarmente la realizzazione, secondo il cronoprogramma stabilito, delle Case della Salute previste nella pianificazione aziendale. Il 21/05/19 è stata attivata la "Casa della Salute" di Fidenza, il 21/10/19 è stata attivata la Casa della Salute ""Pablo"" nel Distretto di Parma ed il 03/08/19 "Lagrisalute" nel Distretto Sud-Est. Sono stati avviati i lavori per la realizzazione della Casa della Salute di Noceto che sarà completata nei primi mesi del 2020.</p> <p>Per quanto riguarda l'adeguamento alla DGR 2128/17 sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento nelle Case della Salute, in particolare il Referenti Clinici (MMG), i Responsabili Organizzativi ed i board organizzativo-gestionali che operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e dei Dipartimenti Cure Primarie.</p> <p>Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le case della Salute e particolarmente strutturati nelle Case della Salute a medio-alta complessità. Con nota protocollo n. 5941 del 28/01/19 la Direzione Sanitaria ha formalizzato il documento ""Ambulatori Infermieristici della Cronicità) che definisce tempi e modalità organizzative per l'attivazione ed il miglioramento degli ambulatori infermieristici della cronicità a garanzia di un omogeneo sviluppo a livello aziendale.</p> <p>Sono proseguiti gli interventi per il coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute dei quattro Distretti Aziendali (progetto Stanford nel Distretto di Fidenza, Ambulatorio educativo pazienti diabetici Distretto di Parma, Incontri con gruppi di assistiti a seguito esiti ACIC e PACIC nel Sud Est, Progetto Fragilità nel Distretto Valli Taro e Ceno)</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</b>								100%
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Attivazione CdS programmate per il 2019		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (dato 2019>2018)		specifico flusso di riferimento- sistema informativo Case delle Salute	Numero >=		13,00		17,00		100,00%	
Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle CdS		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	100,00	4,00		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Gestione integrata delle patologie croniche</b>								75%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Proseguire il percorso di presa in carico integrata dellaBPCO e del diabete mellito di tipo II nelle CdS con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso tutte le risorse dell'assistenza territoriale			Prosegue la presa in carico dei pazienti nei percorsi di gestione integrata della BPCO e del Diabete Mellito di tipo 2. Per quanto riguarda la BPCO è in via di formalizzazione il PDTA interaziendale strutturato nel contesto dell'"Osservatorio della BPCO" sviluppato nell'ambito del Percorso Academy (Cergas-Bocconi) e, per quanto riguarda il diabete mellito di tipo 2 è in corso la revisione del PDTA aziendale, a seguito della emanazione delle Linee di Indirizzo Regionali, che assumerà una valenza interaziendale. Per sensibilizzare i professionisti sul tema della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati negoziati specifici obiettivi di budget sia con i Dipartimenti Cure Primarie che con i Dipartimenti Ospedalieri. In attesa della rilevazione dei tassi annuali relativi agli indicatori sotto riportati , si riportano come valori raggiunti finali i valori rilevati al 30/06/2019							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Gestione integrata delle patologie croniche</b>						 75%		
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO.	Profili NCP	Numero <=		0,60		0,60		100,00%		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per diabete.(in rapporto a dato 2018)	Profili NCP	Numero <=		0,20		0,30		50,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.3</b>	<b>DGR - 977/19 - Fragilità\Multimorbilità</b>					 100%			
Descrizione	Rendicontazione									
Utilizzare lo strumento regionale Risk-ER al fine di garantire la presa in carico della fragilità/multimorbilità, nella logica di lavoro multidisciplinare	<p>Prosegue l'utilizzo dello strumento regionale ""Profili di Rischio/Risk-ER"". In tutti i Distretti è stato nominato un MMG referente per il Progetto Risk-ER, con il compito di promuovere e sostenere l'utilizzo dello strumento (sono state distribuite le credenziali per accedere agli elenchi) e interfacciarsi con i medici referenti ospedalieri già individuati negli ospedali aziendali, e in Azienda Ospedaliero/Universitaria. Con Delibera 692 del 19/09/19 è stato formalizzato l'accordo locale con i MMG che contempla uno specifico impegno dei MMG nell'utilizzo dei Profili di Rischio e nella elaborazione dei PAC all'interno degli ambulatori per la cronicità. In tutti i Distretti sono stati fatti gli incontri per distribuire le credenziali di accesso al portale web e promuovere l'utilizzo dello strumento Risk-ER attraverso uno stile di lavoro integrato multidisciplinare in equipe, nell'ambito degli ambulatori infermieristici della cronicità. PAI realizzati, Distretto di Parma n. 134 (n. 34 rivalutati), Distretto di Fidenza n. 83 (n. 38 rivalutati), Distretto Valli Taro e Ceno n. 86 (n. 46 rivalutati), Distretto Sud-Est, considerando solo quelli dopo la sottoscrizione dell'accordo con i MMG, n. 18 (n. 3 rivalutati).</p> <p>Proseguono le attività in merito all'utilizzo dei questionari PACIC e ACIC, pianificate in tutti i contesti Distrettuali, in particolare, presso la Casa della Salute di San Secondo P.se, la Direzione del DCP ha scelto di avviare all'interno della CdS una nuova iniziativa per il monitoraggio di un percorso: quello della bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Lo strumento ACIC, è stato pertanto somministrato alla rete di professionisti coinvolti nel percorso in esame: MMG, Infermieri, Specialisti"</p>									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.3</b>	<b>DGR - 977/19 - Fragilità\Multimorbilità</b>					 100%			
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2019 trasmessi dalla Regione.		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Utilizzo dei profili di rischio		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC).		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.4</b>	<b>DGR - 977/19 - Sistema informativo Case della Salute</b>					 100%			
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>								
Le Aziende dovranno raccogliere in maniera sistematica le informazioni relative all'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi ("Sistema informativo Case della Salute"), provvedere alla compilazione dei dati richiesti nonché a comunicare formalmente in Regione l'attivazione delle nuove Case della Salute.		Il processo di alimentazione del Sistema Informativo Case della Salute è presidiato centralmente da un Referente Aziendale della Direzione Sanitaria, e le informazioni sono raccolte ed inserite nel sistema in maniera sistematica e costante nel rispetto delle tempistiche indicate dal Servizio Assistenza Territoriale della RER. Particolare cura viene posta nel garantire la qualità del dato attraverso un confronto costante con i Referenti del Sistema Informativo individuati nei 4 Distretti.								
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.1.5.4	DGR - 977/19 - Sistema informativo Case della Salute						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Sistema informativo Case della Salute	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.3</b>	<b><u>Ospedali di Comunità</u></b>	 89%
-------------------------------	------------	------------------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.3</b>	<b><u>Ospedali di Comunità</u></b>	 89%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.5</b>	<b>DGR - 977/19 - Ospedali di Comunità</b>			 89%

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.	La rete provinciale delle cure intermedie comprende strutture derivate da riconversione di posti letto per acuti, quali la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto),l'Ospedale di Borgo Val di Taro (18 posti letto), strutture pubbliche territoriali quali il Centro Cure Progressive di Langhirano (6 posti letto) e strutture socio-sanitarie (6 posti letto nella CRA "San Mauro abate di Colorno" e 6 posti letto nella CRA di Collecchio) Le modalità organizzative di accesso sono differenti nei diversi contesti distrettuali, centralizzata nel Distretto Sud-Est, decentrata nelle diverse strutture nelle altre realtà. In tutti i contesti l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza ed è in previsione la attivazione di 3 posti letto presso la CRA "Val Cedra di Monchio delle Corti nel Distretto Sud-Est. Tutte le Strutture sono impegnate nella corretta alimentazione del flusso SIRCO. Per quanto riguarda il contenimento della degenza media entro i 20 giorni, processo su cui sono state sensibilizzate tutte le strutture, è fortemente condizionato dalle diverse tipologie di assistenza erogate nella rete delle cure intermedie provinciale (ospedale di comunità propriamente detto e lungoassistenza)

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione degli Ospedali di Comunità previsti per il 2019	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Degenza media in Osco (<= 20 gg (DM 70/2015)	SIRCO	Numero <=		20,00		24,29		79,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.4</b>	<b><u>Assistenza protesica</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	------------------------------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.4</b>	<b><u>Assistenza protesica</u></b>	 100%
------------------------------	------------	------------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.6</b>	<b>DGR - 977/19 - Assistenza protesica</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Implementare i contenuti della DGR 1844/2018 ("Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico assistenziali. Linee di indirizzo") e individuare strumenti e modalità organizzative al fine di garantire un'omogenea applicazione sul territorio regionale	E' stato predisposto l'albo interaziendale dei prescrittori che è stato formalmente adottato con Delibera n. 950 del 28/12/18, e sono state previste le azioni per la diffusione e la piena applicazione. Con nota 22060 del 02/04/19, a firma dei due Direttori Sanitari, sono state diffusi gli indirizzi interaziendali per la applicazione della DGR 1844/18 a garanzia di una omogenea applicazione e con nota 63197 del 01/10/19, sempre a firma dei due Direttori Sanitari, è stato trasmesso l'albo interaziendale dei prescrittori, contemplando anche l'avvio del percorso formativo a cura del Polo Riabilitativo interaziendale.

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

<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Evidenza delle azioni introdotte per assicurare omogeneità di applicazione sul territorio della DGR 1844/2018	Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.5</b>	<b><u>Cure Palliative</u></b>	 75%
-------------------------------	------------	-------------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.5</b>	<b><u>Cure Palliative</u></b>	 75%
------------------------------	------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Cure Palliative</b>			 75%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Cure Palliative</b>			 75%
<p>Completare le reti locali di cure palliative per quello che riguarda la struttura organizzativa, il coordinamento e i percorsi di integrazione e continuità delle cure in particolar modo dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari e del nodo ospedale (consulenze)</p>			<p>Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Sono stati completati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la struttura organizzativa della RLCP (Coordinatore della RLCP; Organismo Tecnico di Coordinamento; Team Project della Formazione; Gruppo Tecnico delle Cure Palliative Pediatriche (CPP);</li> <li>- l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Hospice e Ambulatorio della RLCP;</li> <li>- l'Istruzione Operativa della Visita di Cure Palliative a Domicilio.</li> </ul> <p>Sono stati parzialmente completati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Domicilio e Ospedale della RLCP;</li> <li>- le modalità di intervento delle équipes, che operano nei singoli Nodi, compresa l'Unità di Valutazione Palliativa (UVP) e la condivisione della Scheda Unica di Richiesta di Cure Palliative;</li> <li>- gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici nel Nodo Domicilio;</li> <li>- i percorsi di accesso alla RLCP e ai singoli Nodi;</li> <li>- i rapporti fra i Nodi e le interfacce dalla segnalazione del caso fino all'exitus;</li> <li>- l'individuazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alla RLCP sono stati individuati solo in alcuni Distretti;</li> <li>- la formazione del personale che opera nella RLCP e nelle interfacce (RSA, CRA) attraverso iniziative di formazione sul campo, che hanno coinvolto medici, infermieri, OSS, psicologi;</li> <li>- Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche (RLCP-P)</li> </ul> <p>Restano da realizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Nodo Ospedale dell'AOU di Parma e dei sette ospedali accreditati, dove le consulenze palliative ai pazienti ricoverati non vengono ancora erogate. Nel 2019, il numero dei pazienti oncologici deceduti in ospedale è diminuito (-11%) rispetto al 2018. Questo dato, positivo, può essere correlato con una maggiore presa in carico domiciliare e in Hospice dei pazienti, come dimostrato dall'incremento delle UCPD di base (nel 2019 52 vs 5 del 2018), l'incremento del 55,56% delle giornate annue di cure palliative domiciliari nel 2019 rispetto al 2018 e dall'incremento dei pazienti oncologici ricoverati in Hospice provenienti dagli ospedali (nel 2019 25,85 %). Tuttavia, dall'analisi dei flussi regionali (Banca dati ADI, SISEPS InSIDER), si evince che, nel 2019, pur essendo la percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ADI e in Hospice sia del 49,3%, con un trend in leggero progressivo miglioramento dal 2017 ad oggi, oltre il 50% dei pazienti oncologici muore ancora in ospedale.</li> <li>- la formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche. Tuttavia nel 2019 vi è stato l'incremento delle UCPD di base rispetto al 2018 (52 vs 5);</li> <li>- la continuità assistenziale H 24;</li> <li>- la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti all'inserimento nella RLCP;</li> <li>- la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti alle cure palliative domiciliari di base o specialistiche (dagli inizi del 2019 l'AUSL di Parma partecipa ad una sperimentazione regionale su questo</li> </ul>		

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.1		Area della produzione			
Obiettivo		5.1.2.1		DGR 977/19 - Cure Palliative						 75%			
						aspetto) - le modalità di valutazione delle performances (applicazione degli indicatori nazionali e regionali e realizzazione degli audit clinico-organizzativi); - l'individuazione delle azioni di miglioramento; - la ricerca in cure palliative.							
Obiettivi Performance		2.1.2		Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		Riferimento Normativo		DGR 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza della realizzazione, all'interno dei siti aziendali, delle pagine web dedicate alla rete di cure palliative				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. deceduti per causa di tumore				specifico flusso di riferimento		% >=		50,00%		49,30%		99,00%	
Nr. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore/deceduti per causa di tumore (+5% rispetto al 2018)				specifico flusso di riferimento		% >=		5,00%		55,56%		100,00%	
Evidenza dell'individuazione delle UCPD di base e specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		No		0,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.6</b>	<b><u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u></b>	 71%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.6</b>	<b><u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u></b>	 71%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.7</b>	<b>DGR - 977/19 - Continuità assistenziale - dimissioni protette</b>		71%
------------------	----------------	--	---	-----

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
Garantire una tempestiva presa in carico della persona in dimissione protetta		<p>Il tema della continuità assistenziale ospedale-territorio è stato affrontato congiuntamente da Azienda USL ed Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma e sono stati adottati i nuovi protocolli per migliorare il percorso di dimissione protetta. In particolare è stato implementato un percorso di consulenza geriatrica (Unità Mobile) agito dall'équipe della Lungodegenza Critica di AOU a favore degli ospiti delle CRA (in fase iniziale CRA "I Tigli" di Parma e CRA di Collecchio) che si sviluppa sia attraverso contatti telefonici di consulenza al Medico di Diagnosi e Cura che mediante accessi diretti in struttura. Nei casi critici è prevista la possibilità di accoglienza/ricovero diretto senza accesso al Pronto Soccorso; questa opportunità consente di contenere gli accessi in PS, contribuendo anche a ridurre i ricoveri impropri.</p> <p>La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.</p> <p>E' stato definito il documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette in Provincia di Parma, he contribuirà a migliorare le performance della tempestività di presa in carico nell'ADI (Distretto di Parma 31,38%, Distretto di Fidenza 39,81%, Distretto Valli Taro-Ceno 39,66%, Distretto Sud-Est 32,25%)</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19 (2.6)

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.1.5.7	DGR - 977/19 - Continuità assistenziale - dimissioni protette						 71%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. (PIC) con presa in carico entro 3 gg. dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera	INSIDER	% >=		50,00%		35,25%		71,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.7</b>	<b>Materno Infantile - percorso Nascita</b>	 92%
-------------------------------	------------	---	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.7.1</b>	<b>Percorso Nascita</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.1</b>	<b>DGR 977/19 - Percorso nascita - AREA CONSULTORIALE</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Azioni cui sono chiamate le Aziende: monitorate l'applicazione dei protocolli STAMI e STENI, garantire assistenza appropriata alla gravidanza ed al puerperio, incoraggiare l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento della continuità assistenziale. Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantire assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo	E' stata garantita la presa in carico delle gravide attraverso una serie di azioni che partono dalla fase preconcezionale, alla fase della gravidanza, del post parto e puerperio. Si è utilizzata la "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. Si è garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovendo l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita e l'assistenza appropriata al parto riducendo così il ricorso al taglio cesareo.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/ totale parti di residenti. (rispetto a media 2018)	CEDAP	Numero >=		52,00	51,36	52,76		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Percorso nascita - - Dipartimento Chirurgico</b>			 99%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Azioni cui sono chiamate le Aziende: monitorate l'applicazione dei protocolli STAMI e STENI, garantire assistenza appropriata alla gravidanza ed al puerperio, incoraggiare l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento della continuità assistenziale. Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantire assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo			I dati CEDAP riferiti all'anno 2019 consentono di rilevare i dati relativi alla % di tagli cesarei primari nei primi 12 mesi dell'anno rispondono al valore di riferimento e che la % di parti cesarei nella classe I di Robson per la sede SPOKE sono in linea nel 98% della casistica trattata.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
%Tagli cesarei primari (spoke)		CEDAP	% <=		15,00%		14,74%		100,00%
% Parti cesarei nella classe I di Robson (Spoke - media 2018 per spoke con nr. parti > = 1.000))		CEDAP	% <=		9,00%		9,18%		98,00%
% Parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.		CEDAP	% <=		8,00%				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico</b>			 100%				
Nel 2019 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico			I dati CEDAP riferiti al 1° semestre 2019 risultano attualmente disponibili. I valori relativi alla % di donne sottoposte ad IVG chirurgiche per lo stabilimento di Fidenza risulta essere pari al 21,81%, in netto miglioramento rispetto al dato 2018 dove il dato si attestava al 43,1%, mentre per quanto concerne Borgotaro risulta pari a 0%. Per quanto concerne la % di IVG mediche, anche in questo caso i valori sono migliorati rispetto all'anno precedente attestandosi per lo stabilimento di Fidenza al 22,37%, rispetto al dato del 30,26% del 2018, mentre per Borgotaro risulta essere pari al 57,89%.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	rilevazione IVG	% <=		25,00%		21,81%		100,00%	
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	rilevazione IVG	% >=		34,00%		40,13%		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.7.2</b>	<b>Salute riproduttiva</b>	 78%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.2</b>	<b>DGR 977/19 - Salute riproduttiva -AREA CONSULTORIALE</b>	 78%
------------------	----------------	---	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali. Favorire l'accesso ai CF degli adolescenti (14-19 anni) e garantendo l'apertura di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) per la perseverazione della fertilità	E' ben consolidata l'attività dello Spazio Giovani (N. 4 Spazi Giovani attivi in AUSL) per favorire l'accesso agli adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 19 anni ed in particolare a quelli di origine straniera; > il dato sulla percentuale di utenti rispetto al valore intermedio. E' stata garantita l'apertura di 11 Spazi Giovani Adulti in tutti i distretti dell'AUSL di Parma.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.	sistema SICO	% >=		7,00%	4,82%	5,44%		78,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.7.3</b>	<b>Percorso IVG</b>	 97%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.2	<b>Area dell'integrazione</b>
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.3</b>	<b>DGR 977/19 - Percorso IVG - AREA CONSULTORIALE</b>	 97%
------------------	----------------	---	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Nel 2019 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico	E' stato garantito, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta, l'accesso al percorso IVG con presa in carico presso le sedi consultoriali e invio presso gli ospedali, rispettando i tempi di attesa, secondo la normativa vigente. Si sottolinea che gran parte delle IVG farmacologiche vengono fatte presso l' AOSP cui hanno accesso le gravide del Distretto di Parma e Sud-Est i cui dati non sono associati all'azienda ospedaliera .

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	rilevazione IVG	% <=		25,00%	21,67%	21,67%		100,00%
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.	rilevazione IVG	% >=		34,00%	42,00%	32,07%		94,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.7.4</b>	<b>Procreazione Medicalmente Assistita</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.15</b>	<b>DGR - 977/19 - Procreazione Medicalmente Assistita</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA, implementando il sistema informativo della donazione, proseguendo nell'attività di promozione della donazione, aderendo anche alle indicazioni regionali per l'acquisizione di gameti all'estero.			Presso la sede ospedaliera di Fidenza, PMA di primo livello, non vengono effettuate donazioni nè cicli di PMA eterologa, in pertanto l'indicatore individuato non risulta applicabile.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.7.4)					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati.		Sistema informativo della donazione	% >=		90,00%				

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.8</b>	<b><u>Contrasto alla violenza di genere</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.8</b>	<b><u>Contrasto alla violenza di genere</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.7</b>	<b>DGR 977/19 - Contrasto alla violenza di genere</b>			 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti</li> <li>- monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna)</li> <li>- collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto</li> <li>- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"</li> <li>- definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere</li> </ul>			<p>"Si conferma l'attività del ""Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza"" che attivo da 5 anni, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere ed intrafamiliare. Si è collaborato con le iniziative promosse a livello regionale attraverso percorsi di ascolto e supporto, organizzazione di eventi formativi sul contrasto della violenza di genere. Sono stati attivati i tavoli distrettuali per il contrasto alla violenza di genere, nei 4 distretti dell'AUSL.</p> <p>Per i dati relativi al n.ro di partecipanti alla formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza " si rimanda a quanto gestito e rendicontato da AUSL di Piacenza.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.8)	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.7</b>	<b>DGR 977/19 - Contrasto alla violenza di genere</b>						 100%		
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. Partecipanti alle 20h di formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ Nr. totale iscritti alla formazione	piattaforma FAD Ausl Piacenza	% >=		70,00%	0,00%					
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2019 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2019 nel centro LDV	rendicontazione aziendale	% >=		60,00%	45,00%	65,70%		100,00%		
Nr. Contatti al centro LDV (> dato 2018)	rendicontazione aziendale	Numero >=		35,00	13,00	38,00		100,00%		
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.3.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Contrasto alla violenza di genere</b>						 100%		
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.3.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Contrasto alla violenza di genere</b>			 100%				
<p>Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti</li> <li>- monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna)</li> <li>- collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto</li> <li>- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"</li> <li>- definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere</li> </ul>			<p>Prosegue l'attività del Centro Aziendale LDV "Liberiamoci dalla violenza"; gli operatori del centro, unitamente a operatori del CUG aziendale, hanno partecipato al Corso di Formazione organizzato dall'Università di Parma (CIRS) in tema di contrasto alla violenza di genere, dal titolo "Sradicare la violenza, coltivare il rispetto". Il Corso si è svolto nel periodo marzo - maggio 2019. Il CUG aziendale, inoltre, partecipa al progetto del Comune di Parma "O.P.E.N.2" che intende promuovere il conseguimento delle pari opportunità, il contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere.</p> <p>Per i dati relativi al n.ro di partecipanti alla formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza" si rimanda a quanto gestito e rendicontato da AUSL di Piacenza</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.8)					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. Partecipanti alle 20h di formaz. in e-learning progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ Nr. tot iscritti	piattaforma FAD Ausl Piacenza	% >=		70,00%					
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2019 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2019 nel centro LDV	rendicontazione aziendale	% >=		60,00%	45,00%	65,70%		100,00%	
Nr. Contatti al centro LDV (> dato 2018)	rendicontazione aziendale	Numero >=		35,00	13,00	38,00		100,00%	
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.9</b>	<b>Salute in età pediatrica e adolescenziale</b>	 99%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.1</b>	<b>Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.3.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<p>Applicazione DGR 1677/2013 anche attraverso un programma formativo specifico. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti. Contribuire alla realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio allontanamento.</p>	<p>"Si è provveduto alla rendicontazione dei risultati 2018 relativi al Progetto 3.7 del PRP del progetto di prevenzione del maltrattamento/abuso secondo scheda trasmessa dai referenti regionali del progetto. Per quanto concerne l'indicatore sentinella si è proceduto alla raccolta del dato del numeratore dell'indicatore sentinella di competenza dell'AUSL ""minori presi in carico dagli psicologi/psicoterapeuti: si intendono i bambini/ragazzi che, nel corso dell'anno, sono stati valutati e trattati in maniera integrata multiprofessionale: tale dato ricomprende le valutazioni integrate multiprofessionali sui bambini, sulle capacità genitoriali, nonché il sostegno psicologico al bambino/ragazzo I casi sono stati trattati in maniera integrata dagli psicologi delle équipe integrate territoriali Tutela nella fase di segnalazione, accoglienza, valutazione, pianificazione e diagnosi nei quattro distretti: al 31/12/2018 sono stati N 516.</p>

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.2.2</b>	<b>Integrazione socio sanitaria</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 977/19 (2.9)</b>
------------------------------	--------------	-------------------------------------	------------------------------	-------------------------

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

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.2</b>	<b>Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.1	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	---

<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 3/2018</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
dare attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi	E' stato effettuato il corso di formazione di tutti i dirigenti medici e psicologi all'utilizzo della Classificazione 0-3R, ed iniziata l'utilizzo sui nuovi casi. E' in programma la verifica.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo della classificazione CD0 - 3R per i nuovi casi	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		50,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.2	<b>Area dell'integrazione</b>
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 1/2017</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 1/2017</b>			 100%				
Attuazione alla circolare 1/2017 (percorsi di cura e salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti) in particolare per accesso, equipe multiprofessionali funzionali e potenziamento di percorsi emergenza			<p>Le equipe funzionali adolescenti sono stati attivate in tutti i distretti al fine di favorire continuità di cura in una logica unitaria che superi le frammentazioni disciplinari</p> <p>Punti di accesso per adolescenti sono attivi e si sta procedendo al loro coordinamento</p> <p>Le procedure per l'EU di minori e adolescenti già realizzate nel 2013 sono in corso di implementazione con l'attivazione dei percorsi in PS al fine di facilitare accesso alle cure delle persone della fascia 14-25 anni</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Attivazione di punti di accesso dedicati agli adolescenti	specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		4,00		100,00%
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.2.3</b>	<b>DGR 977/19 -Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Unità di Strada per la prevenzione dei rischi</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Garantire la presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi			L'Unità di Strada è presente nelle articolazioni del Programma DP e garantisce attività di riduzione dei rischi nei contesti diurni di strada e negli istituti scolastici del capoluogo di provincia, nei contesti notturni del divertimento giovanile su Parma e provincia . E' a gestione diretta del Programma DP e attua i suoi interventi con personale dipendente e in collaborazione con Cooperative Sociali in convenzione.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.2.3	DGR 977/19 -Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Unità di Strada per la prevenzione dei rischi						 100%	
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza di Unità diStrada per la prevenzione dei rischi	specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		1,00		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.3</b>	<b><u>Lotta all'antibioticoresistenza</u></b>	 98%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.1	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	---

<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.3.2</b>	<b>DGR 977/19 - Lotta all'antibiotico resistenza</b>	 98%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Distribuire ai PLS i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età < 14 anni, come rilevato tramite flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto tra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	Per quanto riguarda i test rapidi vengono distribuiti seguendo le indicazioni della RER. L'incentivo per l'utilizzo dell'applicativo, inserito nello specifico accordo locale, viene erogato nei limiti delle indicazioni della RER.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con più 800 assistiti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		100,00%
Nr. RAD distribuiti nell'anno a PLS con meno di 800 assistiti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		100,00%
Vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione (>50 schede anno/PLS)		Si/No		Si		Si		100,00%
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	SIVER	Numero <=		720,21		765,84		94,00%
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato.	SIVER	Numero >=		1,53		1,50		98,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.4</b>	<b>Promozione dell'allattamento</b>	 99%	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.4</b>	<b>DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale): Aziende USL con valore 2018 < 10%:mantenimento o ulteriore riduzione. Aziende USL con valore 2018 >=10%: < 10%			vd rendicontazione obiettivo 5.6.1.5						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	AVR		% <=		10,00%		4,42%		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.5</b>	<b>DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento: A 3 mesi: >55% a 5 mesi >40% e comunque aumentato rispetto al 2018			Sono stati effettuati incontri formativi alle neo mamme e mamme in gravidanza sull'importanza dell'allattamento al seno nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita" in collaborazione con le Associazioni di Volontariato ed il Comune di Parma. E' stata incrementata l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno. Sono stati effettuati dei corsi di formazione per gli operatori. Ogni anno in occasione della SAM vengono organizzati incontri ed iniziative in tutti i distretti dell'AUSL per il sostegno all'allattamento al seno.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
 98%									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.5</b>	<b>DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE</b>								98%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% allattamento completo a 5 mesi.	Flusso AVR		% >=		40,00%	36,80%	38,67%		97,00%	
% allattamento completo a 3 mesi.	Flusso AVR		% >=		55,93%	56,14%	59,92%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.3.3</b>	<b>DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - Pediatria di Comunità</b>								99%
Descrizione			Rendicontazione							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)			Nel convegno annuale regionale di settembre sono stati presentati i dati relativi all'indagine per l'anno 2018: i dati dell'AUSL di Parma sono i seguenti: schede missing 3,5%, allattamento completo a 3 mesi 56%, allattamento completo a 5 mesi 37% L' indagine attraverso i questionari per l'anno 2019 è iniziata a marzo e si è conclusa a novembre.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	FLUSSO AVR		% <=		10,00%		4,42%		100,00%	
% Allattamento completo a 3 mesi.	FLUSSO AVR		% >=		55,00%		59,92%		100,00%	
% Allattamento completo a 5 mesi.	FLUSSO AVR		% >=		40,00%		38,67%		97,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.9.5</b>	<b>Promozione della salute in adolescenza</b>							 100%	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019			Indicazione sintetica della situazione attuale							
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>		Area Performance	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>2.4.4.6</b>	<b>DGR 977/19 - Promozione della salute in adolescenza - AREA CONSULTORIALE</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>						
Garantire gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità				Gli operatori dell'ausl hanno svolto attività di promozione alla salute e alla sessualità rivolte agli adolescenti nelle scuole e nei centri giovani.						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>			<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione della salute e sessualità/popolazione target (14-19 anni).	rilevazione annuale del servizio Assistenza Territoriale			% >=		19,00%	21,67%	21,67%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.10</b>	<b><u>Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico</u></b>	 100%
-------------------------------	-------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.10</b>	<b><u>Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.1</b>	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>2.5.2.4</b>	<b>DGR 977/19 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Dare piena applicazione al Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con spettro autistico (DGR 212/2016)	Nel corso del 2019, grazie all'ausilio del personale acquisito grazie alla delibera regionale 640/2019 per dedicarsi specificamente ai trattamenti per bambini con ASD in fascia 0-6 (5 logopedisti), l'indicatore sulle ore di assistenza del segmento 0-6 anni è stato raggiunto. Nell'ambito del progetto dell'ISS "accogliere meglio per meglio accogliere" Parma ha candidato la struttura residenziale di Tabiano per un percorso formativo e di supervisione al fine di attivare buone pratiche per l'accoglienza di persone con ASD

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.1.1</b>	<b>Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 977/19</b>
------------------------------	--------------	---	------------------------------	-------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione del piano entro i tempi previsti	specifico flusso di riferimento	Data <=		30/06/2019		30/06/2018		100,00%
Tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0 - 6	specifico flusso di riferimento	Numero <=		60,00		60,00		100,00%
Nr. ore settimanali di trattamento del soggetto con D.A. nella fascia 0 - 6	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.11</b>	<b>Formazione specifica in medicina generale</b>	 100%
-------------------------------	-------------	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.11</b>	<b>Formazione specifica in medicina generale</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3</b>	<b>Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Area della ricerca e della didattica</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Formazione specifica in medicina generale</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Favorire la realizzazione di percorsi formativi dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, individuare la rete dei tutor.			Il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017. Durante il secondo semestre del 2018 è stata stilata una relazione sul funzionamento della Rete dei Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, agli atti presso la sede della SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Documento di sintesi sulle azioni intraprese		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Relazione sul funzionamento della rete		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.12</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>		50%
-------------------------------	-------------	--	---	-----

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.12</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>		50%
------------------------------	-------------	--	---	-----

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Demenze</b>		50%
------------------	----------------	-----------------------------	---	-----

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Implementazione dei PDTA demenze (DGR 159/19) a livello locale: in particolare dovranno garantire lo sviluppo di tutte le fasi previste.	Il tavolo interaziendale AUSL -AOU si è riunito regolarmente e dopo aver delineato gli aspetti del percorso da implementare e sviluppare, ha condiviso insieme alle Direzioni Sanitarie di costituire un CDCD Ospedaliero, secondo le indicazioni dell DGR 990/2016. In occasione di un incontro avvenuto il 17 ottobre è stato presente il referente della RER per il Progetto Regionale Demenze dr. Fabbo. I diversi professionisti, suddivisi per ruoli, stanno lavorando su documenti preliminari necessari alla stesura definitiva del PDTA.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.2.1</b>	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.12)
------------------------------	--------------	---	------------------------------	-------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione formale PDTA aziendale demenze in applicazione del PDTA regionale DGR 159/19	atti direzione aziendale	Sì/No		Sì		No		0,00%
Designazione di un referente aziendale per il monitoraggio del PDTA demenze (fonte dati: documenti aziendali)	atti direzione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.13</b>	<b><u>Trasporti per trattamento emodialitico</u></b>
-------------------------------	-------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.13</b>	<b><u>Trasporti per trattamento emodialitico</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.5.8</b>	<b>DGR 977/19 - Trasporti per trattamento emodialitico</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Fornire evidenza dell'effettiva applicazione contenuti circolare regionale n. 13/18 "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio dei pazienti al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi			E' in fase di predisposizione il modello per la rilevazione della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitici, implementando la metodologia per la somministrazione e analisi dei risultati. Come contemplato nelle indicazioni regionali pervenute, l'indagine sarà svolta entro giugno 2020.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (2.13)						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Evidenza di monitoraggio locale della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitico		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì					

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.14</b>	<b><u>Assistenza sanitaria nelle carceri</u></b>
-------------------------------	-------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.14</b>	<b><u>Assistenza sanitaria nelle carceri</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>2.8.2.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Assistenza sanitaria nelle carceri</b>			
------------------	----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	Migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, secondo quanto previsto dlla flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali. Corretta chiusura delle cartelle cliniche in caso di scarcerazione o trasferimento in altro Istituto		<b>Rendicontazione</b>	La cartella clinica informatizzata è utilizzata da tutti gli operatori sanitari del servizio sia per la sua compilazione sia per i nuovi giunti che alla chiusura. Si segnala che è previsto un modulo formativo a tutti i neoassunti nel servizio. I dati relativi agli indicatori individuati dalla DGR 977/2019 saranno disponibili nei prossimi mesi presso i competenti servizi della Regione Emilia Romagna .		
--------------------	---	--	------------------------	---	--	--

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Scostamento tra eventi critici registrati dal Ministero della Giustizia ed eventi criticiregistrati tramite SISPER	Flusso regionale SISPER, dati Ministero della Giustizia	% <=		30,00%				
Nr. cartelle cliniche aperte di persone dimesse e presenti in altro Istituto penitenziario della Regione	specifico flusso di riferimento	Numero <=		5,00				

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>2.15</b>	<b><u>Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici</u></b>		79%
-------------------------------	-------------	---	---	-----

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.1</b>	<b><u>Obiettivi di spesa farmaceutica RER</u></b>		0%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale		

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.1</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna</b>		0%
------------------	----------------	--	---	----

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
<p>Per l'anno 2019, viene definito per Azienda USL di Parma un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,3% rispetto al 2018</p> <p>Per l'acquisto ospedaliero di farmaci si fissa a livello regionale una spesa sui livelli 2018, con scostamenti differenziati a livello aziendale ed escludendo la spesa per farmaci innovativi non oncologici e oncologici del fondo nazionale. Per AUSL di Parma è previsto uno scostamento inferiore o uguale a -2,80% rispetto al 2018.</p>	<p>Nel 2019 la spesa farmaceutica convenzionata netta ha registrato un incremento del 3,38% rispetto al 2018 . La spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci con l'inclusione dei farmaci del gruppo B è stata di € 51.367.296, con uno scostamento rispetto al 2018 di + 1,4%. La spesa, al netto degli oncologici gruppo B, non finanziato dalla Regione ha registrato un decremento pari a - 0,3 %.</p>

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2019 - variazione rispetto al 2018	specifico flusso di riferimento	% <=		1,30%	3,20%	3,38%		0,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2019- variazione rispetto al 2018 inferiore o uguale a -2,80%	specifico flusso di riferimento	% <=		-2,80%		1,40%		0,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.2</b>	<b>Obiettivi di appropriatezza ed equità</b>	 96%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO</b>			 89%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>PPI: contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti, al netto della mobilità sanitaria.</p> <p>Antibiotici: contenimento complessivo del consumo territoriale degli antibiotici sistemici</p> <p>Omega 3: riduzione del consumo di omega 3 sulla base delle comunicazioni EMA</p> <p>Farmaci BPCO: promozione all'uso appropriato delle terapie della BPCO tramite percorso (nuovo PDTA) che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG, infermieri e farmacie di comunità)</p>			<p>Sono proseguite le azioni di promozione della appropriatezza prescrittiva farmaceutica con particolare riferimento alle seguenti classi di farmaci: PPI, Antimicrobici, omega3, vitamina D e farmaci BPCO. Nel 2019 il consumo di PPI è stato pari a 57,17 DDD/1000 assistiti pesati die. Il consumo di antimicrobici sempre nel 2019 è di 13,31 DDD/DIE per 1000 assistiti pesati, degli omega 3 è di 3,57 DDD/DIE per 1000 assistiti pesati.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.2</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO</b>								89%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica ( <= 52,37 DDD*1.000 ab die)	Flusso Insider	Numero <=		52,37		57,17		91,00%		
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti : target atteso 13 DDD/1000 abitanti die	Flusso Insider	Numero <=		13,00		13,31		98,00%		
Particolare cautela nell'uso dei fluorochinoloni riservata ad alcune specifiche categorie di pazienti per l'aumentato rischio di eventi avversi	Flusso Insider	Numero <=		1,40		0,97		100,00%		
DDD per omega 3 : target <= 2,5 DDD/1000 abitanti die	Flusso Insider	Numero <=		2,50		3,57		57,00%		
Promozione uso appropriato terapie BPCO	Flusso Insider	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.3</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO; Documenti GReFO</b>								99%
Descrizione	Rendicontazione									
<p>NAO: contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, considerando anche il rapporto costo/opportunità.</p> <p>Documenti GReFO: adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco secondo le linee di indirizzo del gruppo GReFO. In assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto per l'uso prevalente , anche del rapporto costo/opportunità.</p>	L'incidenza dei pazienti in trattamento con i NAO ( naive + switch da AVK ) è di 4,57 pazienti su 1000 residenti.									

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.3</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO; Documenti GReFO</b>							 99%		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					
<b>Indicatore</b>				<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) : 4,5 pazienti su 1000 residenti				Flusso Insider	Numero <=		4,50	2,38	4,57		98,00%
Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità				Flusso Insider	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.4</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici</b>							 91%		
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>							
Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe .				Sono state fatte azioni di condivisione con i clinici per l' utilizzo dei biosimilari.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.4</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici</b>						 91%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Epoetine (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		90,00%	81,30%	85,05%		95,00%	
Ormone della crescita (GH) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		50,00%	39,60%	38,87%		78,00%	
Infliximab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		100,00%	96,40%	98,40%		98,00%	
Etanercept (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	46,50%	63,82%		100,00%	
Adalimumab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		60,00%	1,40%	70,56%		100,00%	
Follitropina alfa (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		60,00%	53,90%	57,15%		95,00%	
Trastuzumab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% <=		20,00%	57,46%	14,29%		100,00%	
Rituximab in ambito reumatologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		90,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
Enoxaparina (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		90,00%	99,20%	99,60%		100,00%	
Insulina lispro (ad azione rapida) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% >=		80,00%	28,30%	37,60%		47,00%	
Rituximab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo )	Flusso Insider	% <=		20,00%	17,56%				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.5</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Insuline basali</b>							 94%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio			la percentuale delle insuline basali a minor costo sul totale delle insuline prescritte a livello regionale anno 2019 è pari a 81,4 mentre a livello provinciale è 79,68.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.	Flusso Insider		% >=		85,00%		79,68%		94,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.6</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci epatite C</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Per i farmaci antivirali per il trattamento dell'epatite C cronica la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale. Tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità			La prescrizione dei farmaci per il trattamento Epatite C è avvenuta secondo i criteri indicati nei documenti regionali e aggiornamenti; sono stati privilegiati i farmaci che, a parità di efficacia e sicurezza presentavano un minor costo. Secondo gli indirizzi della CFR.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.6</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci epatite C</b>								100%
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovranno avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, tenendo anche conto del miglior rapporto costo/opportunità		Flusso Insider	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.7</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: farmaci neurologici</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea)			Sono stati fatti incontri con gli specialisti dell' area neurologica ed è stata garantita l' adesione alle raccomandazioni regionali.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea) utilizzando gli indicatori definiti nedi documenti PTR n. 239 e 271		Flusso Insider	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.3</b>	<b>Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.8</b>	<b>DGR - 977/19 - Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie Convenzionate</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Con riferimento alla DGR 329/2019, inerente il Protocollo d'intesa con le Farmacie convenzionate per il periodo 2019-2020, dovrà essere garantita la partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali che avranno l'obiettivo di definire modalità tecniche e operative di realizzazione delle attività indicate nell'Intesa e realizzare gli specifici obiettivi fissati.	I professionisti individuati hanno partecipato alle riunioni dei gruppi di lavoro regionali che stanno definendo le modalità tecniche ed operative di realizzazione delle attività previste nell'intesa. Sono stati effettuati i corsi su BPCO per i farmacisti convenzionati.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.4</b>	<b>Adozione di strumenti di governo clinico</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.9</b>	<b>DGR - 977/19 - Adozione di strumenti di governo clinico</b>			 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Garantire adeguato trattamento farmacologico nella continuità assistenziale nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta . E' in capo ai medici prescrittori la compilazione del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-100% dei piani terapeutici regionali disponibili su SOLE,</li> <li>-registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA</li> <li>-data base regionale delle eccezioni prescrittive</li> <li>-corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale</li> </ul>			<p>E' stata garantita la continuità terapeutica tra ospedale territorio, anche attraverso la distribuzione in dimissione e per conto. Sono stati prescritti e utilizzati i farmaci del Prontuario Terapeutico di Area Vasta, non solo in degenza, ma anche nella fase di continuità H T . Sono stati compilati al 100% i PT regionali presenti nel Portale Sole, i registri Aifa. Il data base regionale delle eccezioni prescrittive viene gradualmente popolato. Il data base oncologico è correttamente e completamente alimentato.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.2</b>	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19	

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo	5.4.3.9	DGR - 977/19 - Adozione di strumenti di governo clinico							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
PTR disponibili in SOLE per farmaci antivirali per l'epatite C: compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi (AUSL con 100% compilazione follow up chiusi mantenimento; Altre AUSL raggiungimento 100% follow up )	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Compilazione registri monitoraggio piattaforma AIFA, anche farmaci innovativi , inserimento dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	100,00%		100,00%		
Compilazione data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.5</b>	<b>Farmacovigilanza</b>									<b>36%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019			Indicazione sintetica della situazione attuale								
<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>						
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.10</b>	<b>DGR - 977/19 - Farmacovigilanza</b>								<b>36%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>								
Proseguire le attività di farmaco vigilanza e vaccino vigilanza applicando la procedura operativa AIFA			Nel 2019 sono state inserite 82 schede di sospetta reazione avversa a farmaci.								
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR - 977/19</b>							
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>		
Nr. Segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti	Flusso SIVER		Numero >=		50,00		18,14		36,00%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.6</b>	<b>Dispositivi medici</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.11</b>	<b>DGR - 977/19 - Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza</b>			 100%					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Migliorare la conoscenza del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti			A dicembre 2018 i farmacisti del Dipartimento referenti della dispositivovigilanza, in collaborazione con il Servizio Formazione interaziendale, hanno creato un corso Fad , con un primo modulo attivo da dicembre a febbraio 2019. Il corso è diventato regionale , con modifiche ed integrazioni, pertanto la seconda edizione è stata rilasciata a fine ottobre L' informazione del "nuovo" corso Fad è stata diffusa a livello aziendale.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Nr. eventi formativi obbligatori (residenziali o distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria	atti direzione aziendale		Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
Nr. operatori sanitari che hanno partecipato all'evento formativo (nel triennio 2017-2019)/ Nr.totale degli operatori sanitari assegnati	atti direzione aziendale		% >=		60,00%					

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.7</b>	<b>Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.12</b>	<b>DGR - 977/19 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).			Il flusso è stato consolidato, con particolare riguardo ai diagnostici in vitro. Permangono alcune criticità nel tasso di copertura flusso consumi DIME e IVD sul conto economico, per cui sono in corso approfondimenti al fine avere un allineamento congruo .						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.3</b>	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR - 977/19					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico.		flusso DIME e conto economico	% >=		95,00%		94,70%		100,00%
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico.		flusso DIME e conto economico	% >=		40,00%		156,00%		100,00%
Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)		flusso Di.me e SDO	% >=				7,50%		
Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)		flusso Di.me e SDO	% >=				-1,30%		
Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillaotri impiantabili, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)		flusso Di.me e SDO	% >=				-15,00%		

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>2.15.8</b>	<b>Attuazione LR 2/2016</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.3.13</b>	<b>DGR - 977/19 - Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"</b>	 100%
------------------	-----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Provvedere all'istruttoria delle domande di concessione dei contributi regionali alle farmacie rurali alla relativa erogazione	Nel primo semestre è stata completata l'attività istruttoria delle domande di concessione dei contributi regionali alle farmacie rurali. La Regione ha trasmesso il provvedimento regionale con la graduatoria delle farmacie con i relativi contributi si è in attesa di ricevere l'importo per procedere alla liquidazione del contributo alle farmacie aventi diritto.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettiva liquidazione entro il 31/12/2019 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 LR 2/2016	rilevazione regionale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>3</b>	<b>Assistenza Ospedaliera</b>	 91%
---------------------------	----------	-------------------------------	---

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.1</b>	<b>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</b>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.1</b>	<b>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.3</b>	<b>Area degli Esisti</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	--------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.3</b>	<b>DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>		100%
------------------	----------------	---	---	------

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA Casi cancellati o ricoverati Rispetto obiettivi DGR 272/2017 Indice di completezza	La rilevazione dei dati retrospettivi SDO, inviati dalla RER alla data del 30.09.2019, ha evidenziato un miglioramento degli indicatori per quanto concerne i tempi di attesa dei tumori e di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. Nel secondo semestre si è provveduto a migliorare e a rendere più coerente con le indicazioni regionali l'assegnazione dei pazienti alle classi di priorità ed ad una puntuale pulizia di lista.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>1.3.1</b>	<b>Esiti</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 977/19 (3.1)</b>
------------------------------	--------------	--------------	------------------------------	-------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda Per i tumori selezionati (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Tempi di Attesa Per le protesi d'anca (entro 180gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		97,60%		100,00%
Tempi di Attesa Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		98,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.4</b>	<b>DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>			 99%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA			Nel corso del 2° semestre 2019 si è provveduto ad inserire le indisponibilità dei pazienti nel registro SIGLA con maggiore attenzione e puntualità. L'assegnazione delle classi di priorità ai casi trattati è migliorata. Inoltre si è provveduto a richiamare i pazienti presenti in lista con tempi di attesa superiori alla classe di priorità assegnata per una rivalutazione clinica.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)					
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per gli interventi monitorati ( entro la classe di priorità segnalata)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		92,20%		100,00%
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe priorità A ( entro 30 gg)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		88,80%		99,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.5</b>	<b>DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Casi cancellati o ricoverati			Rispetto ai casi inseriti in lista prima del 31.12.2017, la percentuale di pazienti cancellati o ricoverati è pari al 98.6% L'abbattimento è quindi in linea con le indicazioni regionali ed entro il 31.12.2019 si raggiungerà la soglia del 100%. Per raggiungere l'obiettivo sono state attivate delle sedute chirurgiche aggiuntive.						
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.1)					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.5</b>	<b>DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018-2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017/ totale casi in lista al 31/12/2017	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.6</b>	<b>DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico</b>						 100%	
Descrizione			Rendicontazione						
Rispetto obiettivi DGR 272/2017			Nel corso del 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro a livello di Presidio per la riorganizzazione delle attività di pre ricovero . E' stato inoltre costituito un gruppo di lavoro per l'applicazione all'interno del presidio del regolamento aziendale della gestione delle liste di attesa, l'informativa, costituita da un modulo informatico da stampare e consegnare ai pazienti al momento dell'accesso ambulatoriale è stata regolarmente predisposta. I gruppi di lavoro hanno prodotto dei documenti che saranno approvati in sede Dipartimentale entro il 31.12.2019.						
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.1)					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione nr. Obiettivi raggiunti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance		1		Performance dell'utente		Area Performance		1.3		Area degli Esisti		
Obiettivo		3.2.5.7		DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico						 100%		
Descrizione				Rendicontazione								
Indice di completezza				Nel corso del 2019 l'invio a SIGLA si è completato nel 93% dei casi. E' stata effettuata un'analisi delle non conformità legate alla gestione di urgenze differite di fratture e al non corretto utilizzo dell'applicazione. Come da indicazione regionale sono state effettuate delle analisi dei flussi tra SIGLA e SDO ed individuate le non concordanze che interessavano una casistica abbastanza diversificata che ha permesso di intervenire migliorando l'indice di completezza.								
Obiettivi Performance		1.3.1		Esiti		Riferimento Normativo		DGR 977/19 (3.1)				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di completezza				specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		93,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.2</b>	<b><u>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u></b>	 87%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.1</b>	<b><u>Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto</u></b>	 96%
------------------------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.3</b>	<b>Area degli Esiti</b>
-------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------	------------	-------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.8</b>	<b>DGR - 977/19 - Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto</b>	 96%
------------------	----------------	---	--

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza		I controlli a campione realizzati a cura del Responsabile Aziendale Controlli effettuati fino al 3° trimestre 2019, hanno evidenziato una sostanziale appropriatezza di setting legata alle caratteristiche cliniche dei pazienti, pur dovendo segnalare una minoranza di casi trasferibili ad altri setting assistenziali. Si è provveduto ad una rivalutazione dei ricoveri ordinari per acuti relativo al DRG 088, rilevando che la modalità di accesso è quella urgente da PS e non programmata, dipendente pertanto dalla gestione della patologia a livello territoriale. E' stato inoltre effettuata una revisione della casistica in riferimento alla codifica dei casi dimessi per la corretta attribuzione al DRG 088. Sul DRG 429 incide in modo significativo l'inclusione delle diagnosi effettuate in ambito psichiatrico, non di pertinenza delle strutture ospedaliere di Fidenza e Borgotaro	
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1 Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.1)

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.8</b>	<b>DGR - 977/19 - Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto</b>						 96%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati. (griglia LEA)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,19		0,22		84,00%	
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriately relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (< anno 2018)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		943,00		910,00		100,00%	
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		59,10		12,25		100,00%	
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		27,10		27,22		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Reti di rilievo regionale</b>	 50%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	--

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.10</b>	<b>DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per la terapia del dolore</b>			
------------------	-----------------	--	--	--	--

<b>Descrizione</b>	Rete per la Terapia del dolore: coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"		<b>Rendicontazione</b>	La pubblicazione dei dati relativi alla compilazione della scala giornaliera di rilevazione del dolore riportata su SDO viene effettuata a completamento dell'annualità e il dato per l'anno 2019 non è attualmente disponibile.		
--------------------	---	--	------------------------	--	--	--

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero. (fonte: nuova SDO campo B025)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%				

Dimensione Performance	1	<b>Performance dell'utente</b>	Area Performance	1.1	<b>Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</b>
------------------------	---	--------------------------------	------------------	-----	---

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.11</b>	<b>DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti</b>				 100%
------------------	-----------------	--	--	--	--	---

<b>Descrizione</b>	Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali		<b>Rendicontazione</b>	Nel corso del 2019 è stata completata la revisione del PDTA dello Stroke. I valori finali raggiunti sono da ritenersi soddisfacenti rispetto agli indicatori dei valori attesi da normativa.		
--------------------	--	--	------------------------	--	--	--

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni						
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.11</b>	<b>DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti</b>								 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale			
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		98,08%		100,00%			
% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		98,66%		100,00%			
% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		20,73%		100,00%			

Obiettivo	3.2.5.9	DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete dei Centri di Senologia								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Applicazione DGR Regionale uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto ed assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti			Il Presidio Ospedaliero non è sede individuata per la gestione chirurgica di casi di neoplasia della mammella. Viene regolarmente applicato il PDTA interaziendale relativo alla gestione delle pazienti oncologiche nell'ambito della Breast Unit delle Aziende Sanitarie della provincia di Parma. I dati richiesti non sono pertanto disponibili.							
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.2.2)						

Obiettivo									
3.2.5.9 DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete dei Centri di Senologia									
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% interventi in centri < 150 casi/anno	specifico flusso di riferimento	% <=		0,00%					
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa (rispetto a media nazionale)	specifico flusso di riferimento	% <=		7,50%					
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60gg. dall'intervento chirurgico	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%					
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%					
% di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%					

Dimensione Performance 1 Performance dell'utente Area Performance 1.2 Area dell'integrazione									
Obiettivo 4.1.3.4 DGR - 977/19 - Rete delle cure palliative pediatriche  0%									
Descrizione					Rendicontazione				
La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.					"In attesa delle nomina interaziendale del Responsabile dell'UVMP prevista dalla DGR 857/19, è proseguita la funzione sperimentale di coordinamento ed organizzazione delle Unità di Valutazione Multidimensionali Pediatriche su casi di pazienti ad alta complessità clinica e sociosanitaria in dipendenza vitale da presidi medici su segnalazione da parte di AOU, dei Servizi di Nutrizione Artificiale, Ossigeno ventiloterapia. Sono stati organizzati incontri delle UVMP con i professionisti coinvolti sui casi in Ospedale per 8 casi e per 2 in AUSL/servizi sociali. È stata curata la redazione del Piano assistenziale Individuale per ogni singolo caso. È stato attivato l'accertamento della condizione Grada ai sensi della DGR 840/08 in quattro casi, collaborando alla valutazione clinica e all'accertamento presso la Commissione distrettuale ad hoc. E' stato attivato il team distrettuale di riferimento formalizzato nel PAI Come previsto dalla DGR 857/19 e su richiesta del Servizio di Assistenza Ospedaliera della RER, in data 3/09/19 le Aziende AUSL ed AOU hanno individuato la dr.ssa Emanuela Sani, Dirigente Medico UOS Integrazione Sociosanitaria minori, componente del Gruppo di coordinamento regionale sulle CPP di prossima convocazione da parte della Regione.				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.3.4	DGR - 977/19 - Rete delle cure palliative pediatriche						 0%	
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.2.6)					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%	
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%	
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.3</b>	<b>Emergenza Ospedaliera</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.12</b>	<b>DGR - 977/19 - Emergenza Ospedaliera</b>	 100%
------------------	-----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Migliorare l'accesso ai servizi in EU e in particolare il buon funzionamento delle strutture di PS. Applicare le direttive del Piano per il miglioramento dell'Accesso in EU, migliorando i tempi di permanenza	I dati riferiti ai primi 9 mesi 2019 desunti dal software di Pronto Soccorso per quanto riguarda la % di accessi con permanenza <6h+1 risulta soddisfacente. E' stata attivata la Sezione della Radiologia d'Urgenza a Fidenza e migliorata l'attività di pedonage per il trasporto dei pazienti.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Accessi con permanenza < 6h + 1 per PS generali e PPI ospedalieri con > 45.000 accessi	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,16%		100,00%
% Raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.4</b>	<b>Centrali Operative e 118</b>	 91%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Centrali Operative e 118</b>	 91%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Applicazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16. Incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario	Tutti gli infermieri di nuova assunzione sono stati formati riguardo ai contenuti del DGR 508/16, mentre è stato programmato il retraining per i più esperti. La gestione dei Defibrillatori sul territorio e la verifica dei corsi BLS è stata convenzionata al personale di COEO. La prima verifica semestrale sulla compilazione delle schede rileva margini di miglioramento importanti essendo risultate compilate correttamente il 78% delle schede, come complessivo di COEO, ma che relativamente a Parma si riduce al 66%

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale devono essere censiti all'interno del registro informatizzato messo a disposizione dalla Regione	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
Evidenza del completamento delle schede di intervento nei campi destinazione del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		66,00%		73,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.6</b>	<b>Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.1	<b>Area della produzione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.13</b>	<b>DGR - 977/19 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</b>	 100%
------------------	-----------------	---	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Proseguire nella diffusione della cultura "donativa", nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti	Il numero di donazioni di cornee al 11.11.2019 è stato pari a 38 pari al 18% dei decessi. L'obiettivo per l'anno 2019 può ritenersi raggiunto.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.6)
------------------------------	------------------------------	--------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di donazioni di cornee da prelevare nell'anno 2019 rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente	specifico flusso di riferimento	% >=		18,00%		18,00%		100,00%
Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito dalla DGR665/2017	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.2.7</b>	<b><u>Volumi-esiti</u></b>	 85%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>	<b>Area Performance</b>	<b>1.3</b>	<b>Area degli Esiti</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.14</b>	<b>DGR - 977/19 - Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico</b>			 85%
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>			
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15		Dai dati disponibili relativi ai primi nove mesi 2019 si può evidenziare che il N° di colecistectomie effettuate a Fidenza è stato pari a 144 di cui 130 in modalità laparoscopica; il N° di colecistectomie effettuate a Borgotaro sono state 68 di cui 66 in modalità laparoscopica. La rilevazione del dato per gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore si è conseguito il raggiungimento nel 73,13% dei casi. Nel corso del 2019 sono risultati regolarmente attivi i gruppi di valutazione multidisciplinare per la definizione collegiale della indicazione chirurgica ad intervento di chirurgia oncologica.			
<b>Obiettivi Performance</b>	1.3.1	Esiti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.2.7)	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.5.14</b>	<b>DGR - 977/19 - Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico</b>						 85%		
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Fidenza/anno	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		144,00%		100,00%		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		68,00%		68,00%		
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		74,30%		99,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale di Fidenza	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		83,00%		100,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale Santa Maria di Borgotaro	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		19,00%		25,00%		
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		73,13%		100,00%		
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.3</b>	<b><u>Screening neonatale</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	-----------------------------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.3</b>	<b><u>Screening neonatale</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.1</b>	<b>Area della produzione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.3.4</b>	<b>DGR 977/19 - Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Attivazione degli screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)	Per quanto riguarda l'Ospedale di Fidenza, tutti gli screening neonatali (oftalmologico, audiologico, endocrino-metabolico) sono pienamente attivi.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Di Punti Nascita in cui è stato attivato lo screening entro il 2019	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
% Di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
% Di neonati con conferma di malattia endocrina o metaboliche presi contestualmente in carico dal centro clinico del sistema screening o indirizzati presso altri centri clinici con competenze specifiche	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.4</b>	<b>Sicurezza delle cure</b>	 79%
-------------------------------	------------	-----------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.4</b>	<b>Sicurezza delle cure</b>	 79%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Sicurezza delle cure</b>			 77%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
Nel 2019 dovrà continuare l'impegno delle Aziende Sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, dovrà continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella e incident reporting			Il fuso informativo ha continuato ad essere utilizzato mediante il popolamento dei data base e dei sistemi SIMES e IR. Inviato in RER report di attuazione dell'annualità 2018 del piano programma. E' In fase di preparazione il rinnovo del PPSC per il triennio 2020-2022. E' stato intrapreso e concluso il progetto Osservare, con il raggiungimento dei valori indicati dalla DGR 977/2019 (75 osservazioni). Sono stati effettuati due audit per altrettanti near miss ostetrici.		
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 977/19</b>	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Sicurezza delle cure</b>							 77%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%		
Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 - strutture segnalanti 2018	specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	3,00	3,00		100,00%		
Effettuazione check list di sala operatoria: Copertura SDO su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	50,00%	87,77%		98,00%		
Effettuazione check list di sala operatoria: Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	50,00%	66,22%		78,00%		
Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		85,00	0,00	75,00		88,00%		
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia (%di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Sicurezza delle cure</b>							 80%	
Descrizione	Rendicontazione									
Nel 2019 dovrà continuare l'impegno delle Aziende Sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, dovrà continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella e incident reporting	Non sono state effettuate visite per la sicurezza (strumento "Vi.Si.T.A.RE). Sono state emanate procedure aziendali rispettivamente per la "Gestione delle vie aeree nell'adulto" e per la "Profilassi del trombo embolismo venoso nel paziente chirurgico adulto". Rispetto alla implementazione del corso FAD relativo alle cadute, pur non avendo ancora raggiunto l'obiettivo percentuale indicato, è tuttora in corso la partecipazione di un numero di operatori complessivamente superiore al 30% rispetto al numero di soggetti partecipanti nell'anno 2018. Si è esteso a 6 U.O. l'auditing, tra pari, sull'adesione linee di indirizzo reg.cadute/procedura aziendale									

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo		6.3.2.2		DGR 977/19 - Sicurezza delle cure								 80%	
Obiettivi Performance		2.2.1		Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo		DGR 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Effettuazione di visite per la sicurezza(Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore				specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		0,00		0,00%	
Recepimento delle linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto(Emanazione procedura aziendale)				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Recepimento delle linee di indirizzo per la profilassi del trombo embolismo venoso nel paziente chirurgico adulto (Emanazione procedura aziendale)				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018(aumento rispetto al 2018)				specifico flusso di riferimento		% >=		30,00%		30,00%		100,00%	
Estendere auditing, tra pari, sull'adesione linee di indirizzo reg.cadute / procedura az. ad altre 4 U.O. (a scelta in base alle priorità di intervento-miglioram.) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019				specifico flusso di riferimento		Numero >=		4,00		6,00		100,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.5</b>	<b>Accreditamento</b>	 100%
-------------------------------	------------	-----------------------	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.5</b>	<b>Accreditamento</b>	 100%
------------------------------	------------	-----------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.1</b>	<b>DGR 977/19 -Accreditamento</b>	 100%
------------------	----------------	-----------------------------------	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Entro il 31/12/2019 tutte le Aziende dovranno essere sottoposte a verifica di rinnovo dell'accREDITamento ai sensi della DGR 1943 del 04/12/2017	L'Azienda è stata oggetto di visita di accREDITamento istituzionale nel dicembre 2018 u.s.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.4</b>	Soddisfacimento degli obblighi di accREDITamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (3.5)
------------------------------	--------------	--	------------------------------	------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettuazione della verifica di rinnovo di accREDITamento entro il 31/12/2019	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Conferma del possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/17 al momento verifica effettuata dall'OTA	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.6</b>	<b><u>Lesioni da pressione</u></b>	 72%
-------------------------------	------------	------------------------------------	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.6</b>	<b><u>Lesioni da pressione</u></b>	 72%
------------------------------	------------	------------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Lesioni da pressione</b>	 72%
------------------	----------------	--	--

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le aziende sono tenute a condurre l'audit "T1" per monitorare l'adesione alle linee guida regionali	Sono stati condotti gli audit "T1" per il monitoraggio dell'adesione alle linee guida regionali. Il corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione è stato eseguito complessivamente da 55 operatori (rispetto al numero complessivo di 162 operatori delle rispettive unità operative pilota)

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
conduzione dell'audit "T1" nelle unità operative pilota	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	100,00%		100,00%
Il 75% degli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%	0,00%	33,00%		44,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>3.7</b>	<b><u>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>3.7</b>	<b><u>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari</u></b>	 100%
------------------------------	------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.4</b>	<b>DGR 977/19 - Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le aziende sono tenute a recepire le linee di indirizzo regionali	Non sono state emanate da parte della regione le linee di indirizzo relative alla buona pratica degli accessi vascolari. In azienda si sono proseguite le indicazioni delle procedure in essere.

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

<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le linee di indirizzo regionali	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%			100,00%

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>4</b>	<b><u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u></b>	 95%
---------------------------	----------	--	---

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.1</b>	<b><u>Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.1</b>	<b><u>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>4.1</b>	<b>Area economico-finanziaria</b>
-------------------------------	----------	--	-------------------------	------------	-----------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<p>Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).</p> <p>Le aziende sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2019. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF</p>		<p>La tempistica di pagamento dei fornitori è ormai consolidata e l'indicatore è attestato sui -15 giorni rispetto al termine di 60 giorni indicato dalla normativa, come evidenziato nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente sul sito aziendale. Inoltre è sempre stato soddisfatto il debito informativo trimestrale nei confronti della Regione.</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	<b>Riferimento Normativo</b> DGR 977/19

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 977/19 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Indice di tempestività dei pagamenti	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00	-15,00	-15,35		100,00%	
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.2</b>	<b><u>Le buone pratiche amministrativo-contabili</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.1	<b>Area economico-finanziaria</b>
------------------------	---	--	------------------	-----	-----------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Le buone pratiche amministrativo-contabili</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

Descrizione	Rendicontazione
<p>Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario)</p> <p>La Legge n. 9/2018 prevede all'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 l'istituzione di un "Sistema di Audit interno" nelle Aziende Sanitarie. E' prevista l'istituzione e coordinamento di un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di audit aziendale nella fase di istituzione</p>	<p>L'obiettivo relativo alla corretta compilazione degli schemi di bilancio verrà valutato in sede di bilancio d'esercizio. In ordine alla istituzione della funzione di Internal Auditing, la struttura come noto è già attiva dal 2016 su base interaziendale con l'Azienda Ospedaliera. Si è già provveduto ad effettuare i primi riscontri conoscitivi alla referente regionale dell'esperienza avviata, come da specifica richiesta in tal senso. In azienda è stato condiviso e formalizzato il documento di attività integrata tra Internal Audit e funzione Anticorruzione e Trasparenza e sono già in corso le prime verifiche concordate. Al 31 dicembre si rileva la regolare partecipazione ai vari momenti informativi e formativi in tema di Internal Auditing organizzati a livello regionale, nonché la corretta prosecuzione del programma di attività concordato in ambito provinciale, in particolare è stata condotta la prima iniziativa comune con il responsabile Trasparenza e Anticorruzione.</p>

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%				
Istituzione del Sistema di Audit(raggiungimento adempimenti)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%			100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.3</b>	<b>La regolazione dei rapporti con i produttori privati</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.3	<b>Area dell'Organizzazione</b>
------------------------	---	---	------------------	-----	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - La regolazione dei rapporti con i produttori privati</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Le Aziende sanitarie nel corso del 2019 dovranno allinearsi ai contenuti dei redigenti accordi regionali e garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra Regione e ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.	Il Flusso Informativo Regionale per la rilevazione del fatturato delle Case di Cura (FCDC) è stato modificato nel corso dell'anno per adeguarlo alle nuove indicazioni contabili regionali. In seguito a questo cambiamento è stato introdotto anche il monitoraggio puntuale della congruenza tra fatturato e flusso SDRESS. Sono state quindi aggiornate le istruzioni operative per coloro che gestiscono i documenti contabili delle case di cura. Il flusso FCDC è stato alimentato nei tempi stabiliti.

<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19
------------------------------	-------	------------------------------------	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Alimentazione della piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.4</b>	<b>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Nel 2019 proseguono le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema GAAC, al fine di garantire l'avvio dei gruppi di aziende per step successivi, secondo la programmazione regionale			Sono in corso in azienda le attività finalizzate a uniformare l'operatività aziendale a quella indicata dalla Regione in particolare sulla tematica dell'utilizzo degli ordini, quale corretto sistema di gestione dei processi di acquisto dei beni e dei servizi. Sono attivi in tale senso gruppi di lavoro interdisciplinari, concentrati anzitutto sulle anagrafiche dei prodotti; a tal fine sono stati individuati i referenti aziendali che governeranno le anagrafiche in accordo con i referenti a livello regionale. E' già stato allineato il Piano dei Conti aziendale a quello regionale ed è stato reso operativo nelle anagrafiche aziendali, così come sono state ricodificate le unità di misura ed è stato introdotto in sede di anagrafica il cd. Codice REF. Con riferimento al completamento del percorso di progressiva introduzione della metodica di lavoro basata sugli ordini sulle aree oggi non ancora attivate, è stato concordato un percorso in particolare con le direzioni amministrative distrettuali, che vede il loro pieno coinvolgimento e che esiterà in una messa a regime in tempo utile per la completa attivazione del GAAC.						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.2</b>	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19				
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati - Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione e Flussi CE e SP	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.1.5</b>	<b>Mobilità internazionale</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.4</b>	<b>DGR 977/19 - Mobilità Internazionale</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Le Aziende sanitarie nel corso del 2019 sono tenute a mettere in atto tutte le attività necessarie per l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per EESSI			L'azienda ha individuato i referenti del nuovo applicativo e i funzionari dei vari distretti sono già operativi; sono in corso le necessarie condivisioni derivanti dalla nuova operatività. Inoltre è stato identificato il nuovo funzionario aziendale referente per la complessiva tematica dell'assistenza sanitaria agli stranieri. L'effettiva operatività è stata avviata limitatamente alle funzioni attive della piattaforma, che comprende gli scambi documentali con gli stati esteri, ma non ancora l'emissione e la ricezione delle fatture.						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.2</b>	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Tempestività nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	20,00%	100,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.2</b>	<b><u>Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi</u></b>	 92%
-------------------------------	------------	---	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.2</b>	<b><u>Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi</u></b>	 92%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>4.1</b>	<b>Area economico-finanziaria</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale			E' proseguita nel 2019 la collaborazione con l'Agenzia Intercent-er per lo svolgimento di gare con il supporto del personale delle aziende sanitarie. A livello di Dipartimento Interaziendale acquisti si è conclusa nel 2019 la procedura di gara DM per emodinamica (importo triennale di circa € 37.000.000 per un totale di 58 lotti) per la quale si è svolta la funzione di RUP e assistente al RUP, alle dirette dipendenze del Direttore di intercent-er. I risparmi a livello regionale sono consistenti. Gli indicatori si riferiscono ad attività riferite all'Agenzia Intercent-ER. Per la rendicontazione degli indicatori posti in calce si resta in attesa di aggiornamenti regionali.						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Definizione di meccanismi di coordinamento che garantiscano una tempestiva ed efficace adesione delle Aziende alle iniziative di acquisto regionali		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo</b>						 92%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<p>Come detto con delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER. L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore commitment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.</p>			<p>L'adesione alle convenzioni regionali è costante e puntuale. La piattaforma SATER è ormai il riferimento prevalente per l'espletamento delle procedure di gara sotto soglia da parte del Servizio Acquisizione Beni e del Servizio Logistica (per le gare sopra soglia è il riferimento esclusivo), l'obiettivo annuale, che da DGR 977/19 è da imputare complessivamente al Dipartimento Interaziendale, era già stato superato alla verifica intermedia (a novembre si registrano 144 richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale). La completa dematerializzazione degli ordini entro il 31/12/19 è stata procrastinata per gli ordini di beni al prossimo anno, si sta tuttavia continuando a verificare puntualmente lo stato dei fornitori, intercettando progressivamente tutti quelli che ancora non si sono iscritti al nodo regionale invitandoli formalmente con PEC ad adeguarsi.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%		61,92%		100,00%
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (%dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie)		specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		93,11%		100,00%
Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00	67,00	144,00		100,00%
Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31/12/2019		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	67,14%	68,80%		69,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.3</b>	<b><u>Il governo delle risorse umane</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.3</b>	<b><u>Il governo delle risorse umane</u></b>	 100%
------------------------------	------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>	
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.1</b>	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</b>				 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.6.4.1	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</b>			 100%
<p>In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ...(vedi testo DGR 977/19 Allegato B pag.56 di 72)</p>		<p>"L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione ha riconfermato per l'anno 2019 il proprio format e fornito con nota 61675 del 23/09/2019 indicazioni di dettaglio analoghe a quelle dell'anno 2018 . In relazione ad esse è stato predisposto il relativo PTFP 2019, approvato dalla RER con nota PG/2019/757049 del 11/10/2019, e successivamente adottato con delibera n. 804 del 30/10/2019. Si è altresì proceduto all' inserimento nella procedura SICO del Ministero. Le assunzioni effettuate nel corso dell'anno, anche prima dell'approvazione del piano succitato, hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Le medesime sono risultate coerenti con il piano successivamente approvato. Con riferimento ai protocolli regionali sulle stabilizzazioni è in corso di predisposizione atto relativo all'avvio delle procedure ex art. 20, comma 2, del D.lgs 75/2017 relativamente a profili della Dirigenza sanitaria. L'Azienda, già a far tempo dal 2018, ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo ai concorsi per infermiere/fisioterapista/ostetrica banditi da altre Aziende e già conclusi nonché nel 2019 a quelli di assistente amm.vo, coll.re amm.vo area giuridica, programmatore, coll. tec. informatico e logopedista. L'Azienda USL di Parma nel corso del 2019 ha, invece, assunto la responsabilità di capofila per le procedure di tecnico di radiologia, tecnico della prevenzione, tecnico della riabilitazione psichiatrica e coll. amm.vo - area economico-finanziaria. Le procedure di competenza sono in corso di espletamento. A far tempo da gennaio 2018 è stata attivato il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale). Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione ""sul campo"" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi RIT e SIA ospedaliero, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura aziendale. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria, anche se residuano alcune criticità rispetto al modulo economico gestione personale universitario dovuto alla specificità dell'applicazione nelle singole aziende aderenti. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la</p>			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.6.4.1	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</b>			 100%
		<p>formazione, ma il rilascio del modulo, inizialmente previsto per l'autunno è stato ulteriormente ritardato ai primi mesi del 2020 per la necessità di ulteriori sviluppi del software richiesti dalle Aziende di Area Vasta. Attraverso il portale del dipendente è proseguita nel 2019 l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto interesse del personale comprese le dichiarazioni patrimoniali e reddituali per i dirigenti. Non è ancora stato attivata la funzionalità Turni. Non risulta ancora disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche relative a costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze nonché le elaborazioni utili in relazione alle specifiche richieste di volta in volta avanzate dalla Direzione aziendale.</p> <p>In riferimento all'attuazione e monitoraggio del Piano inter-aziendale di avvicinamento al "modello a tendere" dell'OIV-SSR, in data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) è stata trasmessa all'OIV-SSR la rendicontazione al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende. Sarà trasmesso entro la scadenza prevista (15/1/2020) la relativa rendicontazione al 31/12/2019. Per l'esercizio 2019 è stato completamente superato il sistema degli acconti per quanto concerne la produttività collettiva e viene resa operativa sia la valutazione individuale di risultato, utilizzando la scheda del Contributo individuale, sia la valutazione individuale delle competenze trasversali. Per ulteriori dettagli rif.7.6.2"</p>			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.1</b>	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale</b>							 100%	
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFT), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%	
Attuazione e monitoraggio del Piano avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsit dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione e Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni"		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
<b>Dimensione Performance</b>	<b>4</b>	<b>Performance della sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>4.1</b>	<b>Area economico-finanziaria</b>					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.2</b>	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>									

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.2</b>	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.</b>			 100%					
Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.			<p>Il confronto tra l'Azienda e le OOSS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti processi di integrazione interaziendale, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro nonché attraverso la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti, quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale. In particolare gli accordi sottoscritti sia per l'area del comparto che per l'area della dirigenza hanno previsto, in adesione alle indicazioni fornite dall'OIV, oltre che la valutazione della performance organizzativa anche quella della performance individuale. E' stata avviata la sessione negoziale dedicata alla contrattazione integrativa prevista dal CCNL Comparto 21/5/2018 e presentata alle oo.ss. bozza di contratto integrativo aziendale, che teneva conto delle specifiche direttive regionali in materia. In esito a tale confronto si è proceduto alla sottoscrizione della ipotesi di CCIA che è stato di seguito sottoposto al controllo del Collegio Sindacale con esito positivo. La sottoscrizione definitiva è prevista per il 10/12/2019.</p>							
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.2	Governo delle risorse umane	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>			<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.3</b>	<b>DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Costi del personale</b>			 100%					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti			Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.							
<b>Obiettivi Performance</b>	4.1.2	Governo delle risorse umane	<b>Riferimento Normativo</b>							

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Costi del personale						 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.4</b>	<b><u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.4</b>	<b><u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.5</b>	<b>DGR 977/19 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri</b>	 100%
------------------	----------------	---	---

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<p>Adeguare le procedure interne di gestione sinistri alle nuove indicazioni regionali .</p> <p>Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, determinazione CSV).</p> <p>Corretta alimentazione del data base "gestione dei sinistri" che costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri.</p> <p>Aggiornamento e implementazione piano smaltimento casi pendenti: Entro il 31/07/19, invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli silenti , di quelli per i quali è tuttora in corso un vertenza giudiziale, e dei quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018</p>		<p>La procedura interna di gestione sinistri è al momento in corso di revisione, alla luce delle indicazioni operative della recente Circolare n. 12 RER del 28/11/2019. Nel frattempo si sono rispettate le indicazioni e le tempistiche previste dalle precedenti delibere di Giunta Regionale. Nell'alimentazione del data base "gestione del rischio" sono stati soddisfatti i tempi di processo, nonché raggiunti i valori target (% sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico Legale e determinazione CVS) correlati alla media regionale. Il piano smaltimento dei casi pendenti è stato inviato alla regione entro la data del 31/07/2019 , con l'aggiornamento delle chiusure dei sinistri antecedenti alla adesione del programma regionale, l'evidenziazione dei casi silenti, di quelli tuttora aperti con vertenza giudiziale e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nel 2018.</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b> DGR 977/19

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo	6.3.2.5	DGR 977/19 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla Regione (entro 45gg Data di emanazione nuovi indirizzi)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		45,00		45,00		100,00%		
Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12 (>= media regionale)	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		50,00%		100,00%		
Grado di completezza del database regionale (%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Entro il 31/07/19, invio alla Regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.5</b>	<b><u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u></b>	 76%
-------------------------------	------------	--	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.5</b>	<b><u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u></b>	 76%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.4</b>	<b>Area dell'Anticorruzione e della trasparenza</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.5</b>	<b>DGR 977/19 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>			 76%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza
Obiettivo	7.1.2.5	DGR 977/19 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza			 76%
Seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 19717/17		<p>La partecipazione al tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione (cui partecipano la Direzione Salute, l'OIV regionale e gli RPCT delle Aziende, è garantita dal RPCT interaziendale. Negli incontri è stata evidenziata l'analisi delle griglie di rilevazione degli obblighi di trasparenza, un esame comparativo delle Relazioni annuali degli RPCT di gennaio e sono stati illustrati gli aspetti che sarebbero poi stati inseriti nel provvedimento regionale di programmazione annuale. I temi in particolare considerati dalla DGR 977/2019 di programmazione annuale riguardano: la piena attuazione dei Codice di Comportamento approvati lo scorso anno, con la riproposizione dell'acquisizione della modulistica operativa nel sw GRU in materia di conflitti di ineteresse, l'adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata, possibili nuovi provvedimenti regionali in tema di decesso in ambito ospedaliero, rotazione del personale veterinario nelle funzioni di vigilanza. I due indicatori che seguono riguardano in modo specifico: l'adozione del regolamento sulla formazione sponsorizzata, che nella nostra organizzazione è in carico alla struttura Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane, e l'acquisizione delle dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse mediante la modulistica presente nel sw GRU, materia in collaborazione ma in gestione operativa del Dipartimento Risorse Umane (Aree Giuridica ed Economica). Il regolamento sulla formazione sponsorizzata risulta elaborato in bozza definitiva da un gruppo regionale specifico, cui segue l'adozione da parte della Aziende Sanitarie regionali. Su indicazione espressa regionale, le Aziende non hanno provveduto all'adozione del regolamento poichè il testo regionale non è stato approvato causa consultazioni elettorali. Le Aziende saranno tenute ad approvarlo una volta definito a livello regionale. L'acquisizione delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse tramite la piattaforma GRU è avvenuta nel periodo ottobre/dicembre. L'acquisizione delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse tramite la piattaforma GRU è avvenuta nel periodo ottobre/dicembre .</p> <p>Per il dato complessivo di adesione occorre tener conto che con nota regionale del 23 dicembre 2019 si sono invitate tutte le Aziende Sanitarie regionali a sospendere l'acquisizione a sistema delle dichiarazioni di patrimonio/reddito da parte dei dirigenti, in ragione dei contenziosi e delle incertezze normative. AUSL e AOU di Parma hanno immediatamente aderito, inserendo in piattaforma un comunicato di sospensione. Appare plausibile considerare l'incidenza negativa della sospensione delle acquisizioni da parte del personale dirigenziale che, seppure riguardante le sole dichiarazioni di patrimonio e reddito, può avere avuto ripercussioni sull'adesione all'intera modulistica.</p> <p>In conclusione, si ritiene che in assenza di sospensione della raccolta il valore avrebbe potuto essere certamente maggiore.</p>			

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.4		Area dell'Anticorruzione e della trasparenza			
Obiettivo		7.1.2.5		DGR 977/19 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza						 76%			
Obiettivi Performance		2.4.2		Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione		Riferimento Normativo		DGR 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Avvenuta approvazione della regolazione della materia "Formazione Sponsorizzata" entro fine del 2019				specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%					
% dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2019				specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		68,00%		76,00%	

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.6</b>	<b><u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u></b>	
-------------------------------	------------	---	---

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.6</b>	<b><u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u></b>	
------------------------------	------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.4</b>	<b>Area dell'Anticorruzione e della trasparenza</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---

<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.6</b>	<b>DGR 977/19 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</b>	
			100%

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'autorità garante, e a livello regionale	Il referente aziendale per la protezione dei dati personali, in stretta collaborazione con il DPO e in costante collegamento con le altre aziende sanitarie, sta progressivamente adeguando la documentazione in uso, predispodendo materiale informativo e procedurale per garantire un crescente livello di coerenza tra la prassi aziendale e le nuove norme europee e nazionali. Si segnala che sono già stati realizzati n. 4 eventi formativi, di cui uno plenario e pertanto rivolto alla generalità dei professionistaziendali (circa 130 partecipanti) , uno specifico dedicato ai professionisti del Dip.to Ospedaliero Chirurgico, una ulteriore iniziativa rivolta al personale che opera nell'ambito della funzione Acquisti e dell'area tecnica e delle tecnologie ed infine una rivolta ai cd. "Delegati", vale a dire di direttori di Dip.to, di UOC e SSDip. In ordine al Registro delle attività di trattamento, pur implementando quello preesistente, ci si è attenuti alle disposizioni ricevute dalla Regione in ordine alla nuova struttura. Infine è stato predisposto ed adottato il documento che definisce i riferimenti generali della "Policy" in tema di protezione dei dati personali, in raccordo con i colleghi di AOU e di Ausl di Piacenza (Rif. Delibera D.G. n. 1007/2019).

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.4.2</b>	<b>Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione</b>	<b>Riferimento Normativo</b>
------------------------------	--------------	--	------------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza					
Obiettivo	7.1.2.6	DGR 977/19 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
N.incontri formativi e informativa a soggetti designati ex art. 2 quaterdecies del Dlgs 196/2013 s.m.i. e in generale ai soggetti definiti nella delibera aziendale di definizione delle responsabilità in materia di protezione dati pers.	specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00	3,00	4,00		100,00%		
Aggiornamento del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE2016/679) e recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un sw unico di gestione	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	20,00%	100,00%		100,00%		
Predisposizione di un documento aziendale (regolamento, procedura) di definizione della policy aziendale in tema di trattamento dei dati personali	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	30,00%	100,00%		100,00%		

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.7</b>	<b>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</b>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.7</b>	<b>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</b>	 100%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT) - FSE</b>	 100%
------------------	----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
FSE: Le Aziende entro il 31/12/2019 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS, offerta prenotazioni online, pagamenti online.	La refertazione digitale è ampiamente diffusa nelle specialità (laboratorio, radiologia) e ambulatori aziendali. Il raggiungimento dell'obiettivo è dipendente da quali documenti clinici saranno individuati; la previsione del dato è comunque positiva.

<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.3.2</b>	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19
------------------------------	--------------	---	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	90,00%	90,00%		100,00%
Nr.referti digitalizzati in CDA2 per il 2019 ( gen-dic) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione/insieme dei referti prodotti dall'azienda per 2019 calcolato solo per soggetti con consenso all'alimentazione	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	90,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT) - Prescrizioni dematerializzate</b>					 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Prescrizioni dematerializzate: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione.			Tutti i software di prescrizione sono stati adeguati.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	80,00%	100,00%		100,00%	
Implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT)</b>					 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 12/ aprile 2012			Installato un sistema di allineamento con i servizi regionali di codifica che presenta i dati ai tecnici ICT. I sistemi telematici sono attivi per la gestione dei certificati INPS per le degenze dei due stabilimenti. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria.							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT)</b>					 100%		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
% servizi interrogati/servizi resi disponibili	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%	50,00%	100,00%		100,00%
Nr. Certificati INPS prodotti per evento di PS	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%	0,00%	80,00%		100,00%
Nr. Certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di ricovero ospedaliero	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%		80,00%		100,00%

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.8</b>	<b>Sistema Informativo</b>		90%
-------------------------------	------------	----------------------------	---	-----

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.8</b>	<b>Sistema Informativo</b>		90%
------------------------------	------------	----------------------------	---	-----

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico</b>		59%
------------------	----------------	---	---	-----

<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>	
<p>Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).</p>		<p>La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Nella prima fase dell'anno si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori anche attraverso un momento formativo in cui è stato presente il Dott. Claudio Voci Professional Data warehouse e business intelligence del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi; nella seconda parte dell'anno sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico.</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b> DGR 977/19

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.3.2.2	DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico							 59%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% linkage flusso SDO e flusso DBO	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		0,00%		0,00%		
% linkage flusso ASA e flusso DBO	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		79,44%		99,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori: istotipo	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		24,31%		0,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: estrogeni	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		10,00%		100,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori stadio	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		15,28%		98,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.3.2.3	DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico							 100%	
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico</b>			 100%				
<p>Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).</p>			<p>La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Per quanto concerne il DB Oncologico, gli obiettivi assegnati sono diretti alla compilazione corretta delle codifiche e al linkage con i flussi SDO e ASA; sebbene i numeri complessivi dei tumori registrati per l'AUSL di Parma siano piuttosto esigui gli indicatori all'ultima rilevazione non erano entro gli standard attesi. Nella prima fase dell'anno si è provveduto a favorire la diffusione del paradigma Regionale di monitoraggio degli indicatori anche attraverso un momento formativo in cui è stato presente il Dott. Claudio Voci Professional Data warehouse e business intelligence del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi; nella seconda parte dell'anno sono stati presidiati, di concerto con i Referenti Clinici e Informatici dei Flussi in oggetto i processi e gli andamenti delle grandezze monitorate anche grazie ad incontri ad hoc organizzati dai Sistemi Informativi Regionali che hanno illustrato la nuova Reportistica Predefinita per il DB Oncologico.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: progesterone	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		10,00%		100,00%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: Ki67	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		10,00%		100,00%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ich	specifico flusso di riferimento	% <=		30,00%		15,00%		100,00%	
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ish	specifico flusso di riferimento	% <=		40,00%		25,00%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.4</b>	<b>DGR 977/19 - Sistema Informativo DB clinici - PS</b>					 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).			La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). I DB Clinici (RERAL: Data Base clinico Regionale di Aritmologia Interventistica, RERIC: Data Base clinico Regionale degli interventi di Cardiocirurgia, REAL: Data Base clinico Regionale delle Angioplastiche Coronariche) mostrano un grado di linkage con il flusso SDO piuttosto basso ed una certa variabilità dei dati periodici; il focus deve rivolgersi nella consapevolezza che l'indicatore è estremamente sfidante rispetto ai dati storici, andranno messe in campo le azioni di sensibilizzazione con i Referenti Clinici dei Gestionali. Relativamente agli scarti e alle segnalazioni delle schede PS l'AUSL di Parma parte da una buona situazione, prestando particolare attenzione agli scarti e alle segnalazioni con i codici riportati (P210, P356, P211).							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Linkage flusso SDO con congruenza all'intervento		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%			
% accessi in PS con tempo di permanenza compreso tra 1 e 7 giorni		specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		0,27%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.5</b>	<b>DGR 977/19 - Sistema Informativo - SDO -Flusso HIV -DSA</b>					 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione			
Obiettivo		7.3.2.5		DGR 977/19 - Sistema Informativo - SDO -Flusso HIV -DSA						 100%			
<p>Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).Codice procedura 00.66.            Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione            Flusso HIV - DSA</p>				<p>"La partecipazione al ""Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali"" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Gli indicatori che riguardano il flusso SDO sono già all'attenzione dei Referenti Aziendali, per quanto concerne il flusso HIV si ricorda come l'AUSL di Parma non abbia una organizzazione della rete di cure per gli assistiti con HIV tale da ricadere nelle fattispecie previste dal flusso e pertanto l'indicatore riportato non è di pertinenza. Infine, relativamente al nuovo flusso DSA verranno recepite e diffuse con celerità le indicazioni per l'avvio del flusso, restando in attesa dell'aggiornamento dei dati forniti dalla regione.</p>									
Obiettivi Performance		2.3.3		Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo		DGR 977/19					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
codifica codice di reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)				specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione (segnalazione0159 campo B018)				specifico flusso di riferimento		% <=		5,00%		1,08%		100,00%	
Trasmissione del flusso nei tempi programmati Flusso HIV				specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%					
DSA Trasmissione del flusso nei tempi programmati				specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%					

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>4.9</b>	<b><u>La gestione del patrimonio immobiliare</u></b>	 100%
-------------------------------	------------	--	--

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.9.1</b>	<b><u>Gli investimenti</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.2	<b>Area degli investimenti</b>
------------------------	---	--	------------------	-----	--------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Piano Investimenti</b>	 100%
------------------	-----------------	--	---

<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale e regionale, nell'aggiudicazione degli interventi e nella trasmissione della documentazione. Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2019, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo	Nell'ambito dei programmi di finanziamento statali e regionali, gli interventi di competenza di quest'Azienda sono in itinere nel rispetto delle tempistiche stabilite a livello nazionale e regionale. Sono state inviate le richieste di liquidazione relative ad interventi conclusi ed attivati e sono in fase di predisposizione le richieste inerenti gli interventi in corso.

<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19
------------------------------	-------	--	------------------------------	------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di Programma Addendum	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	100,00%		100,00%
Richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance		4		Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2		Area degli investimenti				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica</b>										100%
<b>Descrizione</b>					<b>Rendicontazione</b>							
Prevenzione incendi e sismica: Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo la normativa prevenzione incendi; azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende Sanitarie					Nel corso del 2019 è stato assicurato il monitoraggio degli interventi di adeguamento antincendio e di miglioramento sismico secondo le scadenze regionali.							
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>				<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%	

Dimensione Performance		4		Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2		Area degli investimenti				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Manutenzione</b>										100%
<b>Descrizione</b>					<b>Rendicontazione</b>							
Manutenzione: Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS					Durante il 2019 sono state assicurate le azioni necessarie al monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria come previsto dall'adesione al progetto AGENAS							
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti			<b>Riferimento Normativo</b>							

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Manutenzione</b>							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale</b>							 100%	
Descrizione			Rendicontazione							
Uso razionale dell'energia e gestione ambientale: Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari			Durantel'anno 2019, sono state assicurate le azioni di monitoraggio sull'uso razionale dell'energia ed il rispetto delle relative scadenze regionali							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 977/19						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%	

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.9.2</b>	<b>Le tecnologie biomediche</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	<b>Performance della sostenibilità</b>	Area Performance	4.2	<b>Area degli investimenti</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.12.2.1</b>	<b>DGR 977/19 - Tecnologie biomediche</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche. L'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie deve essere ottimizzato, anche con azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti.			Sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo le scadenze prestabilite. Non sono state presentate istruttorie GRTB in quanto non sono state acquisite tecnologie rispondenti ai requisiti specificati.						
<b>Obiettivi Performance</b>	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte ad istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Potenziale obsolescenza dell'installato: meida degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>4.9.3</b>	<b>Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA</b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.2</b>	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>7.12.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assesment (HTA)</b>			 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Garantire il supporto al livello regionale relativamente al Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM)			Non ci sono riscontri circa attività da ricondurre al Programma Nazionale HTA dispositivi medici che abbiano coinvolto il Servizio di Ingegneria Clinica						
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>2.2.1</b>	<b>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico</b>	<b>Riferimento Normativo</b>						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni tecnologiche sanitarie da proporre a valutazione		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre in valutazione		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

<b>Area obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>		94%
---------------------------	----------	---	---	-----

<b>Sub-area obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>		94%
-------------------------------	----------	---	---	-----

<b>Settore obiettivi DGR</b>	<b>5</b>	<b><u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u></b>		94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>2</b>	<b>Performance dei Processi Interni</b>	<b>Area Performance</b>	<b>2.3</b>	<b>Area dell'Organizzazione</b>
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.2</b>	<b>DGR 977/19 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento</b>		100%
------------------	----------------	--	---	------

<b>Descrizione</b>	Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento DGR 1943/17, misurando il grado di adesione nei processi direzionali agli stessi requisiti. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie		<b>Rendicontazione</b>	Alla luce della visita di accreditamento istituzionale avvenuto lo scorso dicembre, l'Azienda dovrà mettere in atto una serie di azioni e strumenti necessari ad implementare il sistema qualità. Per questa ragione questo Ufficio a fine anno sarà impegnato nella realizzazione di un audit interno allo scopo di analizzare e revisionare la Politica e gli obiettivi di Qualità pianificati e realizzati nel corso del 2019. Il secondo semestre è stato oggetto di pianificazione e realizzazione di tre audit interni sul sistema qualità. Scopo degli stessi verificare le azioni messe in atto dall'organizzazione in merito alle criticità rilevate nella visita di accreditamento istituzionale. Gli audit interni effettuati hanno altresì lo scopo di preparare l'organizzazione all'audit di seconda parte calendarizzato per dicembre 2019.	
--------------------	---	--	------------------------	--	--

<b>Obiettivi Performance</b>	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19 (5)	
------------------------------	-------	--	------------------------------	----------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		98,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	<b>Performance dei Processi Interni</b>	Area Performance	2.2	<b>Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</b>					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.6</b>	<b>DGR 977/19 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza</b>								99%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SiChER). Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo. Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica. Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi			La sorveglianza nei confronti della diffusione delle Enterobatteriacee produttrici di Carbapenemasi è continuata come da protocollo in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. La Direzione delle Attività Sociali ha distribuito e successivamente raccolto un questionario finalizzato alla sensibilizzazione ed alla raccolta di indicatori sull'igiene delle mani. Si è conclusa positivamente la attività di sorveglianza per la raccolta dei dati del monitoraggio tramite il sistema SiChER per la sicurezza in sala operatoria. I dati relativi al consumo di gel idroalcolico, sebbene riferiti ai primi nove mesi dell'anno, sembrano dimostrare un progressivo incremento del loro utilizzo da parte del presidio aziendale, con percentuali prossime all'obiettivo regionale.							
<b>Obiettivi Performance</b>	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>	<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%		87,00%		100,00%	
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario (20 litri per 1.000 giornate di degenza)	specifico flusso di riferimento		Numero >=		20,00		19,16		96,00%	
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione			
<b>Obiettivo</b>		6.4.2.1		<b>DGR 977/19 - Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema di ricerca e innovazione</b>						 100%			
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>									
Le segreterie dei CE dovranno collaborare all'attivazione e corretta alimentazione della piattaforma informatica regionale				Al 30.06 la piattaforma risultava ancora non attivata da parte della Regione, e pertanto non si è potuto operare; in attesa della piena attivazione si è comunque garantita la partecipazione al gruppo regionale di progetto attivato dalla ASSR.									
<b>Obiettivi Performance</b>		2.3.2		Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 977/19					
<b>Indicatore</b>				<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma (Alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale)				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%	
Assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.1		Area della produzione			
<b>Obiettivo</b>		6.4.2.2		<b>DGR 977/19 - Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare</b>						 100%			
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>									

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.1		Area della produzione							
Obiettivo		6.4.2.2		DGR 977/19 - Medicina di Genere (Scheda 9): adozione da parte delle aziende dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare						 100%							
<p>Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. In primo luogo si individua l'attivazione di un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica. In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.</p>				<p>Nel secondo semestre si è concluso il percorso di formazione "SRADICARE LA VIOLENZA COLTIVARE IL RISPETTO". Corso di formazione transculturale sulle relazioni di genere per operatori e operatrici culturali e sociali", Organizzato da Università degli Studi di Parma in collaborazione con AUSL ed altre Associazioni del Territorio. Il percorso ha esitato in un convegno promosso dagli stessi organizzatori dal titolo "IN-VISIBILE, IN-DICIBILE, IN-AFFRONTABILE? Violenza sulle donne. Strategie di denuncia, contrasto e prevenzione". Nel secondo semestre alcuni Professionisti dell'Azienda, su mandato della Direzione Sanitaria, hanno partecipato ai primi due laboratori per la medicina di genere organizzati da ASSR, il primo sulla Patologia cardiovascolare e stroke, il secondo sul Diabete. Su mandato della Direzione Generale alcune professioniste sono coinvolte nella organizzazione e promozione del Tavolo Interistituzionale sulla Medicina di Genere in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma. Nel mese di Novembre è stato organizzato dal DAISM DP il convegno "OGNI GENERE DI SGUARDO La dipendenza tra cura, educazione e valore delle differenze in una Medicina di genere e salute al femminile" in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma, Associazione Maschi che si Immischiano. Su mandato della Direzione Generale alcune professioniste sono coinvolte nella organizzazione e promozione del Tavolo Interistituzionale sulla Medicina di Genere in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma. Nel mese di Novembre è stato organizzato dal DAISM DP il convegno "OGNI GENERE DI SGUARDO La dipendenza tra cura, educazione e valore delle differenze in una Medicina di genere e salute al femminile" in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma, Associazione Maschi che si Immischiano.</p>													
Obiettivi Performance		2.1.3		Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo		DGR 977/19									
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.		Valore atteso intermedio		Valore atteso finale		Valore ragg. intermedio		Valore ragg. finale		Perf. inter		Perf. finale	
Attivare almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità		specifico flusso di riferimento		Sì/No				Sì		Sì		Sì				100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)</b>			 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>		
<p>Le disuguaglianze sociali e l'equità in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche: non sempre, infatti, i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e riescono a produrre un'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale, quanto piuttosto riproducono le disuguaglianze sociali pre-esistenti (o ne producono di nuove). Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi. Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere: a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).</p>			<p>Nel secondo semestre, come programmato dal Board Interaziendale si è attivato un percorso di applicazione dell'HEA sul tema delle "dimissioni difficili". A tal fine alcuni professionisti dell'Azienda hanno partecipato ad un seminario di approfondimento organizzato da ASSR a Ferrara. Seguendo le fasi dell'HEA si sta implementando la prima fase del percorso che prevede la costituzione del gruppo di lavoro. Con il Coordinamento dell'ASSR ed in collaborazione con AUSL Piacenza è in fase di progettazione un evento formativo di Area Vasta finalizzato a diffondere temi, metodologie e strumenti dell'Equità tra i professionisti dei territori di Parma e Piacenza. Ad oggi si sono svolti due incontri organizzativi.</p>		
<b>Obiettivi Performance</b>	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.3</b>	<b>DGR 977/19 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)</b>							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.4</b>	<b>DGR 977/19 - Metodi per favorire l'empoverment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>	<b>Rendicontazione</b>									

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.1		Area della produzione		
<b>Obiettivo</b>		<b>6.4.2.4</b>		<b>DGR 977/19 - Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)</b>						 100%		
<p>Tra gli strumenti previsti nell'ambito della Programmazione locale per la salute e il benessere locale, in relazione al Piano Sociale e sanitario 2017-2019, vi è il Community Lab. È una metodologia che attiva processi di innovazione, ricerca e pratica connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. In particolare, è possibile l'utilizzo del Community Lab nei Piani di Zona seguendo le Linee Guida "La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità" (Bologna,2017). Sono quindi prevedibili due direzioni principali di applicazione:</p> <p>a) Potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità in particolare in riferimento alla promozione alla salute;</p> <p>b) Utilizzare il metodo Community Lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale.</p>				<p>Il Secondo semestre ha visto la partecipazione di professionisti dell'azienda a due percorsi Community Lab: il primo legato alla predisposizione del nuovo PRP 2020-2023, il secondo sul Distretto di Parma, finalizzato all'implementazione del Progetto Casper II- Azione 4 (coinvolgimento associazioni migranti) con Comune di Parma come capofila.</p> <p>Con la delibera 683 del 28.08.19 si è approvato il "Protocollo d'intesa per la collaborazione nell'ambito delle attività del progetto "emporio market solidale", finalizzato al supporto delle attività dell'Emporio a favore delle fasce più indigenti della popolazione, con particolare riguardo alla formazione e informazione finalizzata alla promozione dei corretti stili di vita, alla conoscenza e all'uso appropriato dei servizi sanitari e, più in generale, all'empowerment dei cittadini più fragili.</p>								
<b>Obiettivi Performance</b>		2.1.2		Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 977/19				
<b>Indicatore</b>				<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>		<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>
Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata e promozione alla salute				specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.5</b>	<b>DGR 977/19 - Health Literacy (Scheda 27)</b>							 50%	
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>						
L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo perché non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti ad interrompere per fare domande mentre i professionisti sanitari utilizzano termini scientifici parlano rapidamente ed interrompono il paziente. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. Diventa importante investire sulla formazione die professionisti, produrre e rivedere materiale informativo in modalità partecipata con pazienti e caregiver e favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.				Nel secondo semestre è stato pubblicato l'opuscolo "Cosa sapere e cosa fare per prevenire le cadute in casa. Utili consigli per vivere in un ambiente più sicuro e pratico". (Tutti i documenti sono reperibili e scaricabili on line sul sito aziendale all'indirizzo: <a href="https://www.ausl.pr.it/azienda/heath_literacy/default.aspx">https://www.ausl.pr.it/azienda/heath_literacy/default.aspx</a> ). Per quanto attiene la realizzazione di almeno un evento formativo a livello aziendale, su indicazione della Regione non si è proceduto in attesa del percorso FAD realizzato a livello regionale per tutte le Azienda ( in fase di ultimazione nel mese di Novembre 2019).						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		0,00%	
Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e care giver		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
<b>Dimensione Performance</b>	<b>1</b>	<b>Performance dell'utente</b>		<b>Area Performance</b>	<b>1.2</b>	<b>Area dell'integrazione</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.6</b>	<b>DGR 977/19 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)</b>							 100%	
<b>Descrizione</b>				<b>Rendicontazione</b>						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.6</b>	<b>DGR 977/19 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)</b>			 100%					
<p>La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza;</li> <li>- all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali;</li> <li>- alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.</li> </ul>			La partecipazione agli eventi dell'ASSR sul tema è proseguita nel secondo semestre.							
<b>Obiettivi Performance</b>	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 977/19						
<b>Indicatore</b>		<b>Fonte del dato per l'indicatore</b>	<b>Udm / Confr.</b>	<b>Valore atteso intermedio</b>	<b>Valore atteso finale</b>	<b>Valore ragg. intermedio</b>	<b>Valore ragg. finale</b>	<b>Perf. inter</b>	<b>Perf. finale</b>	
Partecipazione di almeno un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.2.2</b>	<b>DGR 977/19 -La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie</b>			 100%					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							

Dimensione Performance		3		Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance		3.1		Area della ricerca e della didattica			
Obiettivo		7.4.2.2		DGR 977/19 -La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie						 100%			
<p>I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.</p> <p>Gli obiettivi per il 2019 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione</p>				<p>Nel corso del 2019 si intendono valutare i seguenti percorsi formativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Potenziamento delle attività di supervisione quale strumento integrante del processo di governo clinico del Dipartimento di Sanità Pubblica" per quanto riguarda l'efficacia delle azioni e degli apprendimenti;</li> <li>2. "Supporto all'Introduzione del nuovo sistema aziendale di valutazione del personale" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti";</li> <li>3. "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio sanitarie - edizione 2019" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti</li> <li>4. "Definizione del profilo di competenze del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche" e per quanto riguarda l'efficacia delle azioni;</li> <li>5. "Strategie Aziendali e Strumenti del Controllo Direzionale: un'analisi critica" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti e l'efficacia delle azioni.</li> </ol>									
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo		DGR 977/19 (5)							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale			
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo		specifico flusso di riferimento		Numero >=		4,00		4,00		100,00%			
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative		specifico flusso di riferimento		Numero >=		3,00		3,00		100,00%			