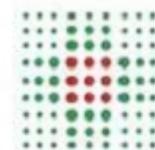


2016



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

## Piano delle Azioni

Verifica intermedia al 30/06/2016

Direzione Generale



Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area		Settore	Performance
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE	1.1 - Cure Primarie	 99%	1.1.1 - Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute	100%
			1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie	95%
			1.1.3 - Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale	100%
			1.1.4 - Cure Intermedie	100%
			1.1.5 - Le cure domiciliari	100%
			1.1.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	
	1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	 98%	1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	97%
			1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale	100%
			1.2.3 - DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	
	1.3 - SALUTE DONNA	 89%	1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	75%
			1.3.2 - Azioni di integrazione	93%
			1.3.3 - Spazio Giovani	100%
			1.3.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	
	1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	 84%	1.4.1 - Quadro generale	
			1.4.2 - Area Psichiatria Adulti	100%
			1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	68%
1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche				
1.4.5 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche				
	 95%			

Piano delle Azioni 2016			
Indice			
Area	Sub-Area	Settore	Performance
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE	1.5 - SANITA' PUBBLICA	1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali	
		1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica	99%
		1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	100%
		1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	100%
		1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	100%
		1.5.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	
2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	1.6 - GLI SCREENING	1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	
		1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino	100%
		1.6.3 - Screening del tumore della mammella	
		1.6.4 - Screening del tumore del colon retto	
2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero	2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	
		2.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera	
	2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale	2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata	88%
		2.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA	
3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE	3.1 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria	3.1.1 - Obiettivi generali	100%

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area	Settore	Performance	
3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE  100%	3.2 - <u>Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	3.2.1 - <u>Obiettivi generali</u>		
	3.3 - <u>Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	 100%	3.3.1 - <u>Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>	100%
	3.4 - <u>Monitoraggio della mobilità passiva</u>	 100%	3.4.1 - <u>Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u>	100%
	3.5 - <u>Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</u>	 100%	3.5.1 - <u>Inquadramento generale</u>	100%
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA  100%	4.1 - AREA TRASVERSALE	4.1.1 - <u>Obiettivi generali</u> 4.1.2 - <u>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</u>	100%	

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area		Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO   87%	5.1 - CURE PALLIATIVE	 92%	5.1.1 - Obiettivi generali 5.1.2 - DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative	92%
	5.2 - DEMENZE	 77%	5.2.1 - Quadro generale	77%
	5.3 - EMERGENZA URGENZA-118	 50%	5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario 5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi 5.3.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative	50%
	5.4 - Politica del farmaco	 91%	5.4.1 - Quadro generale 5.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	91%
	5.5 - Medicina riabilitativa	 99%	5.5.1 - Quadro generale	99%

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area	Settore	Performance	
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO  87%	5.6 - PATOLOGIE CRONICHE	 75%	5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare 50% 5.6.2 - Nutrizione Artificiale 100%	
	5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche	 100%	5.7.1 - Area Territoriale 5.7.2 - Area Ospedaliera 100% 5.7.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica	
	5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata	 100%	5.8.1 - Quadro generale 100%	
	5.9 - SANITA' PENITENZIARIA		5.9.1 - Quadro generale 5.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	
	5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità	 100%	5.10.1 - Quadro Generale 100%	
	6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI			6.1.1 - Azioni di consolidamento 100% 6.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale
	6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione	 100%		

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area		Settore	Performance
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	 100%	 100%	6.2 - Il Sistema Informativo Aziendale	6.2.1 - Obiettivi 2015 100% 6.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti
			6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'	6.3.1 - Accreditamento e Qualità 6.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione
			6.4 - GOVERNO CLINICO	6.4.1 - Quadro generale 100% 6.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri
			7 - IL SISTEMA AZIENDA	 89%
7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta	 100%           7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse 100%			

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area	Settore	Performance	
7 - IL SISTEMA AZIENDA  89%	7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	 100%	7.3.1 - <u>Obiettivi di sviluppo del Dipartimento            Valutazione e Controllo</u> 7.3.2 - <u>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il            miglioramento del sistema informativo contabile</u>	100%
	7.4 - LA FORMAZIONE	 80%	7.4.1 - <u>Obiettivi generali e specifici</u> 7.4.2 - <u>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione</u>	80%
	7.5 - <u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u>	 89%	7.5.1 - <u>Le azioni per favorire e accompagnare            l'accesso ai servizi</u> 7.5.2 - <u>Lo sviluppo delle azioni di comunicazione            interna</u>	78% 100%
	7.6 - <u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u>	 93%	7.6.1 - <u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e            funzioni</u> 7.6.2 - <u>Revisione organizzazione aziendale</u> 7.6.3 - <u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le            pari opportunità, la valorizzazione del benessere di            chi lavora e contro le discriminazioni</u> 7.6.4 - <u>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle            risorse umane</u>	80% 100% 100%
	7.7 - <u>Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u>	 100%	7.7.1 - <u>Organizzazione e gestione del personale</u>	100%

Piano delle Azioni 2016				
Indice				
Area	Sub-Area		Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.8 - Sicurezza del lavoro		7.8.1 - Quadro generale	
			7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	
			7.8.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	
	7.9 - Politiche degli acquisti e logistica		7.9.1 - Obiettivi 2016	74%
			7.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	
	7.10 - Il Piano degli Investimenti		7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	100%
		7.10.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche		
7.11 - Azioni per il risparmio energetico		7.11.1 - Quadro generale	75%	
		7.11.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare		



89%

<b>Area</b>	<b>1</b>	<b><u>ASSISTENZA TERRITORIALE</u></b>	 <b>95%</b>
-------------	----------	---------------------------------------	---

<b>Sub-Area</b>	<b>1.1</b>	<b><u>Cure Primarie</u></b>	 <b>99%</b>
-----------------	------------	-----------------------------	---

<b>Settore</b>	<b>1.1.1</b>	<b><u>Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute</u></b>	 <b>100%</b>
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	1.1.1.1	<b>Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture nel rispetto dei tempi indicati nel censimento delle Case della Salute programmate inviato in RER con nota prot. n. 84845 del 19/11/15			Nella programmazione aziendale non è prevista l'attivazione di nessuna casa della Salute nel primo semestre 2016.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli indirizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15			
<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>Perf. inter</b>
N. CdS attivate/N. CdS programmate			Relazione Distretti	% >=	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	1.1.1.2	<b>Definizione dell'assetto organizzativo delle Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adeguamento alle linee di indirizzo regionali per la definizione dell'assetto organizzativo nelle Case della Salute medie e grandi di prossima emanazione.			Il documento regionale è stato discusso nei diversi tavoli istituzionali, si aspetta la formalizzazione per dare avvio all'adeguamento dell'assetto organizzativo nelle Case della Salute medie e grandi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli indirizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo		<b>Riferimento Normativo</b>	L'assetto organizzativo delle CdS in E-R - Linee di indirizzo regionali			
<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>Perf. inter</b>
Avvio processo			Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	No	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.1.3</b>	<b>Promozione e sviluppo della integrazione professionale: percorso formativo integrato per il personale delle Case della Salute</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione di eventi formativi integrati (con particolare riferimento alle Case della Salute del Distretto di Parma) al fine di perseguire il necessario cambiamento culturale tra i Professionisti prioritariamente orientato al miglioramento del lavoro in team ed alla costruzione dei PDTA integrati ospedale/territorio			E' stata predisposta una bozza di percorso formativo finalizzato ad accompagnare lo sviluppo dei percorsi all'interno delle Case della Salute con particolare riferimento al contesto urbano del Distretto di Parma. Si tratta di un intervento di formazione-azione che prevede una forte coerenza e sinergia tra formatori-facilitatori e ruoli organizzativi e di commitment per il supporto e la contestualizzazione in quanto la formazione entra fortemente nell'accompagnamento applicativo nei contesti operativi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza programma informativo			U.O. Formazione	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.1.4</b>	<b>Valutazione della Performance</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento del "Cruscotto Multidimensionale" definito per la Casa della Salute di San Secondo ed estensione del processo di valutazione multidimensionale ad altri contesti di Case della Salute			Il 30/06/16 è stato presentato alla Direzione Aziendali, alle Direzioni Distrettuali e dei DCP il cruscotto multidimensionale, a suo tempo sperimentato sulla Casa della Salute di San Secondo, applicato anche ad altri contesti di Case della Salute nello specifico la Casa della salute di Langhirano, la Casa della Salute di Colorno e la Casa della Salute di Medesano.					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza report aggiornati			Dip. Val. Cont.	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	1.1.1.5	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Programmazione e gestione di incontri informativi con la cittadinanza (almeno 2 eventi a livello Distrettuale) nella Case della Salute sulle tematiche relative all'educazione sanitaria, corretto uso dei servizi, corretti stili di vita, promozione utilizzo FSE, definiti preliminarmente tramite il coinvolgimento dei principali stakeholders in integrazione con il Piano per l'Ascolto Aziendale</p>			<p>La realizzazione di incontri informativi con la cittadinanza si è confermata ed ampliata nel 1° semestre 2016 coinvolgendo tutti i Distretti con iniziative e argomenti nati dal confronto tra MMG, DCP e stakeholder dei territori per un totale di 21 eventi distribuiti lungo tutto l'arco del semestre. Di seguito una sintesi degli eventi:</p> <p>Distretto di Parma: "Le Case della Salute incontrano la città" 6 incontri (abuso e dipendenze, ansia e depressione, prevenzione cardiovascolare, diabete e complicanze, FSE, attività fisica e prevenzione cardiovascolare);</p> <p>Distretto di Fidenza: "I tè del giovedì" 6 incontri (Auser, disfunzioni tiroide, percorso riabilitazione estensiva, intolleranze alimentari, tutela diritti malato, centro per le famiglie);</p> <p>Distretto Sud-Est: 5 incontri (bullismo e nuove dipendenze, salute e stili di vita, dolore cronico e cure palliative, mal di schiena, mal di collo e artropatie infiammatorie, le malattie cardiovascolari nell'uomo e nella donna);</p> <p>Distretto Valli Taro e Ceno: 4 incontri (fragilità, ipertensione, FSE)</p>					
Obiettivi Performance	H2	Costruzione sociale e partecipata della Salute nelle Case della Salute e nei contesti di integrazione socio-sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 901/15				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Documentale			Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.1.6</b>	<b>Community Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Condivisione delle buone pratiche in essere nelle Case della Salute nell'ambito della comunità di pratica che coinvolge le Aziende USL di Parma, Reggio-Emilia e Modena, coordinato dal CERISMAS.			La positiva esperienza del 2015 che ha visto la realizzazione di tre incontri nelle diverse realtà aziendali, non ha avuto continuità per mancanza di adesione, ad oggi, di una delle aziende partecipanti.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli indirizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo		<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>Perf. inter</b>
Evidenza Attività			U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	No	

<b>Settore</b>	<b>1.1.2</b>	<b>Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie</b>	 95%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento del fabbisogno assistenziale derivante dall'incremento sia della popolazione anziana che della incidenza di patologie croniche.</p> <p>Gli obiettivi del 2016 saranno indirizzati alla promozione del passaggio graduale ma progressivo dei NCP dalla aggregazione funzionale alla aggregazione strutturale, all'interno delle Case della Salute ed alla formalizzazione di soluzioni in grado di garantire la continuità dell'assistenza nelle sedi distrettuali più disagiate. Nel 2015 il percorso di sviluppo organizzativo delle cure primarie sarà orientato prioritariamente all'accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie ed al monitoraggio sistematico dell'evoluzione organizzativa e strutturale dei Nuclei attraverso la partecipazione all'Osservatorio Cure Primarie ed all'utilizzo sistematico dei Profili di Cura.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.2.1</b>	<b>Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio delle fasi operative per l'adeguamento ai nuovi criteri del sistema qualità dettati dalla Conferenza Stato-Regioni.			E' stata fatta la formazione e sono in fase di elaborazione i documenti di adeguamento ai requisiti generali dettati dalla Conferenza Stato-Regioni					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze Documentali			U.O. Qualità/Acc.	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.2.2</b>	<b>Ampliamento della fascia oraria di accesso dei cittadini presso le sedi di NCP/Case della Salute per l'attività di medicina generale</b>						86%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Promozione dell'ampliamento della fascia oraria giornaliera diurna di accesso dei cittadini agli ambulatori della medicina generale, per problemi urgenti gestibili nell'ambito delle cure primarie, al fine di garantire l'apertura degli ambulatori fino a 12 H nelle Case della Salute			Le Case della Salute dove viene garantita l'estensione della fascia oraria di apertura degli ambulatori nelle 12 ore diurne sono 11 su 16, in incremento rispetto al 2015.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
N. CdS con H12/N. CdS attive			Quest. On Line	% >=	80,00%	90,00%	68,75%	86,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.2.3</b>	<b>Valutazione qualità assistenza primaria</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo dei Profili di Cura sia dei NCP che delle Unità Pediatriche di Cure Primarie come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria attraverso la realizzazione di incontri audit su tematiche condivise con il coinvolgimento di tutti i professionisti (MMG, PLS, MCA, Professioni Sanitarie, Specialisti, Amministrativi, ecc.); almeno 1 incontro per NCP, UPCPD			In tutti i NCP ed in tutte le UPCPD dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti dei Profili di NCP e del Profilo Pediatrico Distrettuale. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti dei NCP e delle UPCPD, saranno organizzati dopo che la RER avrà messo a disposizione di dati aggiornati (in previsione a settembre).					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
N. audit/N. NCP -UPCPD			Relazione DCP	% >=	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.1.3</b>	<b>Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale</b>	 <b>100%</b>
----------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

La gestione delle malattie croniche è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, per questo motivo la sfida maggiore è rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito.

In questa logica si inserisce lo sviluppo delle Case della Salute, contesto ottimale dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad un approccio proattivo della cronicità e ad uno sviluppo integrato delle professionalità. Obiettivo a cui tendere è la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.5</b>	<b>Dimensione della Innovazione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.5.1</b>	<b>Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.1</b>	<b>Costruzione PDTA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Riorganizzazione dei processi di cura attraverso la costruzione dei PDTA integrati con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, su mandato della Direzione Sanitaria, in collaborazione con l'U.O. Governo Clinico			Con nota protocollo n. 14045 del 29/01/16 (AUSL) e protocollo n. 7104 del 29/01/16 (AOU) sono stati formalizzati i gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie, da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, lavoreranno sui seguenti temi: 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Formalizzazione gruppi di lavoro			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi						
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.2</b>	<b>Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco, diabete, BPCO e IRC</b>									100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>								
Consolidamento del percorso di gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco (applicazione della DGR 1598/11), del percorso di gestione integrata del diabete, sviluppo del percorso di gestione integrata della BPCO e della IRC e loro implementazione in tutte le Case della Salute			In tutte le Case della Salute medie e grandi è attivo almeno un percorso. (Il percorso di gestione integrata del diabete è attivo in tutte le case della salute medie e grandi; il percorso di gestione integrata dello scompenso cardiaco è attivo in 7 case della salute; il percorso di gestione integrata della BPCO è attivo presso 1 casa della salute; il percorso di gestione integrata della IRC non è ancora stato attivato in quanto lo specifico PDTA interaziendale è stato presentato l'11/06/16 e deve essere avviata la formazione nei Nuclei di Cure Primarie)								
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15						
<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>Perf. inter</b>			
N. percorsi attivati/N. CdS M e G attive			Relazione DCP	% >=	50,00%	80,00%	100,00%	100,00%			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.3</b>	<b>Prevenzione cardiovascolare e promozione della salute</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Prosecuzione nel NCP "Molinetto" (Distretto di Parma - Casa della Salute "Pintor") dello screening attraverso la somministrazione della carta del rischio cardiovascolare su una popolazione target (uomini di 45 anni e donne di 55 anni) sulla base delle indicazioni definite nel protocollo operativo regionale ed estensione dello screening nelle ulteriori Case della Salute individuate dai DCP (Colono, Medesano, Busseto, Langhirano)			Il progetto è proseguito, come da indicazioni regionali, attraverso l'individuazione dei soggetti a rischio (abitudine al fumo associata ad altro comportamento a rischio e/o carta del rischio con esito di alto o medio rischio) per un totale di 7 soggetti e la conseguente chiamata ad 1 anno dalla conclusione del progetto per valutare i progressi e rinforzare le scelte a suo tempo consigliate ( 100% richiamati)							
<b>Obiettivi Performance</b>	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15					
<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>Perf. inter</b>		
Evidenza attività			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì	Sì			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.4</b>	<b>Programma "Leggieri"</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Consolidamento del Programma con particolare riferimento alle CdS attive			Il Programma Leggieri è da anni avviato nei NCP (individuazione per ogni NCP dello Psichiatra di riferimento, del MMG di riferimento e del Neuropsichiatra di riferimento) ed è ben rappresentato in tutte le case della salute attive. La presa in carico prosegue secondo il modello dello stepped care e la attività viene puntualmente rendicontata nel questionario on-line relativo all'osservatorio delle cure primarie.						
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<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>Perf. inter</b>	
N. casi in carico (Liv. 2a e 2b)			DAISM-DP	Numero >=		3.299,00			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.5</b>	<b>Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità</b>								 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Attivazione nelle Case della Salute degli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità			Gli ambulatori infermieristici sono attivi in tutte le case della salute							
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15					
<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>Perf. inter</b>		
N. amb. inf. cronicità/N. CdS attive			Relazione DCP	%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.3.6</b>	<b>Percorsi di assistenza protesica</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo e consolidamento dei percorsi per i pazienti in dimissione protetta dall'Ospedale con presa in carico ADI e per i pazienti nell'ambito di progetti di continuità assistenziale (percorso pazienti DGR 2068/04, frattura di femore nell'anziano e percorso del paziente con stroke)			I percorsi facilitati per la fornitura di ausili di assistenza protesica ai pazienti in dimissione ospedaliera con attivazione di ADI e per i pazienti che rientrano nei progetti di continuità assistenziale (gravi disabilità, frattura del femore nel paziente anziano, percorso stroke), sono presenti in tutte le realtà distrettuali					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza dei percorsi nei DCP			Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.1.4</b>	<b>Cure Intermedie</b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Le mutazioni del contesto epidemiologico e sociale che si sono verificate in questi ultimi decenni, associate ad una sempre più pressante necessità di contenere i costi ricercando soluzioni di efficientamento dei sistemi di erogazione delle attività, hanno imposto un processo di ridefinizione della rete ospedaliera ed una forte accelerazione verso il consolidamento dei servizi di assistenza primaria territoriali, che rappresentano l'ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini. E' in questo scenario che trovano sviluppo le Cure Intermedie, costituite da un area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. Obiettivo del 2016 sarà il consolidamento del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera attraverso l'offerta di assistenza territoriale di Cure Intermedie per pazienti stabilizzati ad alta necessità assistenziale, e la individuazione dei contesti idonei per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di una progettualità coerente con lo sviluppo delle Case della Salute.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.4.1</b>	<b>Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se</b>				 <b>100%</b>		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento del funzionamento dei 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità dei 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva in regime di week hospital e dei 10 posti letto di Lungoassistenza ed implementazione del flusso informativo SIRCO			L'attività nei posti letto di cure intermedie presso la casa della Salute di San Secondo P.se prosegue regolarmente con la corretta alimentazione del flusso SIRCO; il Responsabile della Casa della Salute partecipa ai lavori del Gruppo Regionale sulla qualità del Sistema Informativo delle Cure Intermedie					
<b>Obiettivi Performance</b>	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza implementazione Flusso SIRCO			SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	1.1.4.2	<b>Sviluppo posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro</b>	 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Consolidamento del funzionamento dei 16 posti letto di lungo assistenza presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro			L'attività nei posti letto territoriali di lungoassistenza c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue pur nella complessità di dover in parte supportare la temporanea riduzione dei posti letto in Hospice per lavori di ristrutturazione; prosegue altresì la alimentazione del flusso SIRCO				
<b>Obiettivi Performance</b>	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/15			
<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>
Evidenza implementazione Flusso SIRCO			SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì
							<b>Perf. inter</b> 100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	1.1.4.3	<b>Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie</b>	 100%				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Sviluppo della rete dei posti letto dell'area delle cure intermedie anche presso strutture della rete socio-sanitaria a supporto delle dimissioni difficili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).			Prosegue l'attività presso i 6 posti letto di Ospedale di Comunità nella CRA "San Mauro Abate di Colorno" (Distretto di Parma). Anche nel Distretto Sud-Est si sta sviluppando la rete dei posti letto di Cure Intermedie, 4 posti sono stati attivati c/o la CRA di Collecchio (rossimamente altri 2), ulteriori posti letto saranno attivati c/o il Centro Cure Progressive di Langhirano 4 + 2 in un secondo tempo e 3 presso la CRA di Monchio delle Corti.				
<b>Obiettivi Performance</b>	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	<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>
Evidenza attività			Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì
							<b>Perf. inter</b> 100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.1.5</b>	<b><u>Le cure domiciliari</u></b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>La programmazione 2016 nel settore delle Cure Domiciliari sarà articolata su azioni di consolidamento e manutenzione sistematica delle attività iniziate negli anni precedenti e che hanno portato ad uniformare le modalità di registrazione delle prestazioni e dei servizi eseguiti con una loro qualificazione complessiva pur nel rispetto delle specificità territoriali. Particolare attenzione sarà posta al flusso informativo quale elemento di tracciabilità delle prestazioni e dei servizi erogati e come strumento di fornitura di indicatori di attività e di qualità distinti per articolazione territoriale e, ove presenti, di Casa della Salute. Nel corso del 2016, al fine di adeguare il debito informativo ex Circolare n.6 del 2015 e nell'ambito dell'ICT, si intende migliorare la circolarità delle informazioni nelle cure domiciliari tra il Team curante attraverso l'utilizzo di strumenti informatici innovativi ; a tal fine verrà implementato il nuovo applicativo ADI-WEB.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.1</b>	<b>Qualità assistenza</b>					 <b>100%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Applicazione uniforme dei criteri di eleggibilità di accesso alle cure domiciliari.			Nei DCP prosegue la verifica dell'applicazione dei criteri di eleggibilità per l'accesso alle cure domiciliari e per il corrente anno è stato affrontato il tema dell'appropriatezza dei prelievi e dell'apertura dei contratti ADI					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.2</b>	<b>Cartella Domiciliare Multidisciplinare</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Implementazione di un modello omogeneo di cartella domiciliare finalizzata alla rendicontazione dell'attività dell'equipe multidisciplinare domiciliare in modo integrato. Condivisione ed adozione in tutte le realtà distrettuali			E' stato adottato condeterminazione aziendale n. 26 del 12/05/16 il modello di cartella di assistenza domiciliare integrata recepito in tutte le realtà distrettuali					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Relazione DCP	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.5.3</b>	<b>Qualità Flusso ADI</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)			Il gruppo aziendale qualità del dato è stato aggiornato nei suoi componenti ed è stato effettuato un incontro in data 09/02/16					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR DGR 901/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza incontri			Dip. Val. Controllo	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%



100%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	1.1.5.4	Implementazione applicativo ADI-WEB					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
Implementazione e avvio in tutti i distretti dell'utilizzo del nuovo software			Nel primo trimestre 2016 è stata avviata e conclusa la formazione a livello aziendale di tutti gli operatori che utilizzano il nuovo software adi-web. In data 15/03/16 è stata effettuata la migrazione dei dati da softwaew in uso a quello nuovo. Nel secondo semestre continueranno le opportune verifiche in merito alla qualità del flusso SIADI-Repetto ed in seguito verrà programmata la fase successiva che prevede l'utilizza del tablet al domicilio per la registrazione dei dati al letto del paziente					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza attività			RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Settore	1.1.6 DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale	
	<p>La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15)</p> <p>La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).</p> <p>Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: -Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità; -Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative; - Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013). -Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino. -Presenza in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica. -Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2. Assistenza Territoriale, pag 7 e 2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza pag. 8)</p>	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.1</b>	<b>Case della Salute e continuità dell'assistenza - Prevenzione primaria</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende USL dovranno proseguire nello sviluppo delle Case della Salute ed in particolare garantire l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Rispetto alla prevenzione primaria, e con riferimento al progetto regionale "Lettura integrata del rischio cardiovascolare" le Ausl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito di Forlì), dovranno assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target nell'ambito delle Case della Salute già individuate. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza pag. 8)			Il progetto, avviato nella sua fase operativa (lettera invito agli assistiti) dal 15/03/16 su 4 CdS (1 per Distretto) ha superato l'indicatore regionale prevista al 30/06/16 : la chiamata attiva è stata realizzata per il 61,6% degli assistiti coinvolti nel progetto. L'organizzazione adottata a livello aziendale ed il trend delle chiamate è coerente con l'obiettivo del completamento delle chiamate attive da conseguire al 31/12/16					
<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>Perf. inter</b>
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 (vedi Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018)			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.2</b>	<b>Case della Salute e continuità dell'assistenza - Gestione integrata patologie croniche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Rispetto alla gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Ausl dovranno garantire all'interno delle Case della Salute:            l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio l'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).</p>			<p>In tutte le Case della Salute attive sono presenti gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità a supporto della gestione integrata delle patologie croniche. In tutte le Case della Salute è attivo il percorso per la gestione integrata del diabete di tipo 2, il percorso di gestione integrata dello scompenso cardiaco è attivo in 7 case della salute; il percorso di gestione integrata della BPCO è attivo presso 1 casa della salute. Il questionario ACIC è stato somministrato, in collaborazione con il Jefferson Medical College, nelle prime 6 Case della Salute attive a parma dal 2011, attraverso un pilot test, e successivamente riproposto nelle ulteriori 6 Case della Salute attivate nel 2012. E' prevista la somministrazione del questionario PACIC in collaborazione con i Comitati Consuntivi Misti.</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>Perf. inter</b>
Evidenza dell'attivazione degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie			Osservatorio Cure Primarie	Si/No		Si	Si	
Attivazione di almeno un percorso nelle CSD medie e grandi, degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	
impiego degli strumenti PACIC e ACIC nelle Case della Salute			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.3</b>	<b>Case della Salute e continuità dell'assistenza - Presa in carico della Fragilità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Rispetto alla presa in carico della fragilità, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione": le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati;</p>			<p>Gli elenchi dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione da alcuni anni, grazie alla collaborazione con il Jefferson Medical College, sono uno strumento in uso ai MMG inseriti nelle Case della Salute e dal corrente anno saranno messi a disposizione di tutti i MMG dell'Azienda, indipendentemente dalla loro collocazione nelle Case della Salute, e sono previsti incontri di presentazione nei NCP non legati alle Case della Salute, che non erano ancora stati coinvolti nel progetto.</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>Perf. inter</b>
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano della Prevenzione 2015-2018			Piano della Prevenzione	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.4</b>	<b>Ospedali di Comunità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le Aziende US,L in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040\2015.</p>			<p>L'attività nei posti letto di cure intermedie presso la casa della Salute di San Secondo P.se prosegue regolarmente con la corretta alimentazione del flusso SIRCO; il Responsabile della Casa della Salute partecipa ai lavori del Gruppo Regionale sulla qualità del Sistema Informativo delle Cure Intermedie. L'attività nei posti letto territoriali di lungoassistenza c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue pur nella complessità di dover in parte supportare la temporanea riduzione dei posti letto in Hospice per lavori di ristrutturazione; prosegue altresì la alimentazione del flusso SIRCO. La degenza media, nel 2015, a San Secondo è stata pari a 20,3 gg ed a Borgo Val di Taro 22,7. Nell'Azienda USL di Parma lo sviluppo delle cure intermedie prevede anche l'attivazione di posti letto nelle strutture residenziali socio-sanitarie (CRA).</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>Perf. inter</b>
Degenza media in Ospedale di Comunità espressa in giorni(media regionale 20.48)			specifico flusso di riferimento	Numero <=		20,00		
Corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO ( N° di schede scartate sul totale delle schede inviate)			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.5</b>	<b>Continuità assistenziale – dimissioni protette</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
<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>Perf. inter</b>
Numero di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni			specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.6</b>	<b>Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili di NCP</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL.</p> <p>I profili dei NCP rappresentano uno strumento che deve progressivamente diventare, in tutte le Aziende, non solo modalità comune e condivisa di confronto e crescita professionale, ma anche strumento per supportare la gestione delle patologie croniche</p>			<p>In tutti i NCP dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti dei Profili di NCP. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti dei NCP, saranno organizzati dopo che la RER avrà messo a disposizione di dati aggiornati (in previsione a settembre).</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>Perf. inter</b>
progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali			Quest. On Line	% >=		10,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.7</b>	<b>Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili dei Pediatri di libera scelta</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL.</p> <p>Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati</p>			<p>In tutte le UPCPD dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti del Profilo Pediatrico Distrettuale. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti delle UPCPD, saranno organizzati dopo che la RER avrà messo a disposizione di dati aggiornati (in previsione a settembre).</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>
progettazione di percorsi di miglioramento			Atti Dir. San.	Numero >=		1,00	
organizzazione di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda (solo per le Aziende che non lo hanno fatto nel 2015)			Atti Dir. San.	Numero =		1,00	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.1.6.8</b>	<b>Valutazione e qualità delle cure primarie - Osservatorio Cure Primarie</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure. Dal 2016, l'Osservatorio è significativamente più semplice per la parte relativa ai NCP, mentre è stato integrato con numerose informazioni relative alle Case della Salute Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti sia relativamente all'attività dei NCP che alla organizzazione delle Case della Salute.			L'Azienda USL di Parma ha sempre contribuito alla corretta compilazione dei dati richiesti e partecipato attivamente ai tavoli regionali di condivisione della metodologia della raccolta dei dati. E' già iniziata la raccolta dei dati 2016 sia per quanto riguarda l'attività dei NCP che l'organizzazione delle Case della Salute; è previsto un incontro in loco con i Referenti Regionali il 05/10/16				
<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>
compilazione dati sull'attività dei NCP e dati su organizzazione delle Case della Salute.			Quest. on line	Si/No		Si	Si
							<b>Perf. inter</b>

<b>Sub-Area</b>	<b>1.2</b>	<b><u>ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</u></b>	 <b>98%</b>
-----------------	------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>1.2.1</b>	<b><u>Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa</u></b>	 <b>97%</b>
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.1</b>	<b>Governo tempi di attesa</b>					 <b>86%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Adempimenti rispetto alla DGR 1056/2015 per il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard previsti:            puntuale presidio dei Distretti sulle disponibilità delle agende a prenotazione            verifica della direzione rispetto alla congruità delle prenotazioni effettuate</p>			<p>Il monitoraggio dell'offerta e la verifica degli indici di performance è stato puntuale e continuativo. Prosegue il presidio dell'offerta finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard da parte dei distretti. Il Responsabile Unitario dell'Accesso verifica puntualmente il volume di prenotazioni effettuate e segnala le situazioni non conformi o prossime alla saturazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici. In relazione alle oscillazioni della domanda risulta più difficile calibrare l'offerta delle urgenze differibili.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Indice di performance per prestazioni programmabili			portale maps	% >=	90,00%	90,00%	90,00%	100,00%
Indice di performance per urgenze differibili			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	65,00%	72,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.2</b>	<b>Miglioramento appropriatezza prescrittiva</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva anche attraverso la implementazione di un motore semantico per un'analisi informatizzata, con particolare riferimento alle prestazioni di TAC ed RM muscolo scheletriche (DGR 704/13) da estendere poi ad altre prestazioni condivise in AVEN			E' stato utilizzato il motore semantico per valutare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni inserite nella dgr 704/13. il valore di appropriatezza riscontrato su base aziendale è del 43,34%.					
<b>Obiettivi Performance</b>	H5	Sviluppo di sistemi di BI (Business Intelligence) a supporto della promozione dell'appropriatezza prescrittiva	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
Audit nei NCP (audit realizzati / NCP per distretto)			Relazione DCP	% >=		100,00%	43,34%	
Evidenza di produzione della reportistica			RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.3</b>	<b>Presenza in carico del paziente: prescrizione specialistica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prescrizione delle prestazioni da parte dello specialista senza il rinvio al MMG			In applicazione della DGR 1056/2015 sono stati effettuati incontri con i referenti distrettuali finalizzati alla messa in atto di attività di presa in carico complessiva degli utenti da parte delle strutture eroganti le prestazioni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15 DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
N. ricette dema specialistiche			CUP 2000	Numero >=		10.000,00	105.790,00	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.4</b>	<b>Presenza in carico del paziente: refertazione informatizzata specialistica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Refertazione informatizzata da parte dello specialista con validazione in SOLE, per la successiva trasmissione al MMG			E' stata effettuata una analisi dei referti prodotti informaticamente e validati per l'invio in sole. La media aziendale è del 77%. Il trend è in incremento.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15 DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
numero referti informatizzati validati in SOLE/Totale visite prenotate a CUP			RIT	% >=		75,00%	77,00%	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.5</b>	<b>Presenza in carico del paziente: prenotazione controlli</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prenotazione dei controlli da parte della struttura che ha in carico il cittadino			sono stati coinvolti i DCP, ciascun DCP ha effettuato incontri di coinvolgimento con il personale infermieristico e degli specialisti ambulatoriali. Tutti i distretti hanno individuato soluzioni organizzative finalizzate alla presa in carico del cittadino sia per i controlli che nei percorsi dedicati alle patologie croniche, individuando punti di riprenotazione all'interno delle Case della Salute					
<b>Obiettivi Performance</b>	G4	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15 DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza prenotazione controlli c/o Amb			Relazione DCP	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.1	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	3.1.1	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.6</b>	<b>Percorsi per la cronicità nelle Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo e consolidamento di percorsi dedicati alle patologie croniche nelle Case della Salute			I DCP stanno consolidando i percorsi già attivi dedicati alle patologie croniche (diabete) ed implementando i percorsi dedicati ai pazienti con scompenso cardiaco					
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
n. case salute con percorso attivo per distretto (diabete)			relazione DCP	% >=		100,00%		
n. case salute con percorso attivo per distretto (scompenso)			relazione DCP	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	<b>Dimensione della Qualità</b>	Area Performance	3.2.1	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.7</b>	<b>MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' AL SISTEMA DI PRENOTAZIONE</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Inserimento di tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB			tutte le prestazioni a monitoraggio sono state inserite nella prenotabilità web.					
Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza prenotabilità di tutte le prestazioni a monitoraggio regionale			CUP-WEB	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.1.8</b>	<b>Procedura recupero Ticket ex DGR 1056/2015</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
mettere in atto gli aspetti organizzativi / amministrativi che consentono di adempiere ai dettami della bozza di delibera regionale relativa al recupero ticket nei casi di mancata disdetta che come annunciato sarà operativa dal 1 marzo.			E' stata predisposta una procedura operativa da parte della Direzione Amministrativa.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	<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>Perf. inter</b>
evidenza documentale.			atti di Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		

<b>Settore</b>	<b>1.2.2</b>	<b>Sportello Unico Distrettuale</b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Per facilitare l'accesso alle prestazioni, in applicazione della DGR 309/00, l'Azienda ha dato continuità alle azioni di miglioramento dei percorsi interni dello sportello unico distrettuale che ormai ha raggiunto una sua stabilizzazione operativa. La nuova DGR 1056/2015 ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2016. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.5</b>	<b>Dimensione della Innovazione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.5.1</b>	<b>Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.2.1</b>	<b>Creazione di un nuovo portale internet</b>						 <b>100%</b>
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Completamento e messa on-line di un sito internet, esteso all'Area Vesta Emilia Nord, dedicato alle informazioni relative all'accesso ai servizi di Sportello Unico per i cittadini ed alle relative procedura per gli Operatori.</p>			<p>L'attività di implementazione di un sito internet AVEN dedicato alle attività e alle procedure inerenti gli Sportelli Unici è proseguito con il completamento dell'intera sezione dedicata ai cittadini e la predisposizione della sezione dedicata agli Operatori , con l'obiettivo di concludere i lavori nel corso del 2016.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>H3</b>	<b>Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni</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>Perf. inter</b>
Evidenza attività			Atti Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.2.2</b>	<b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini ed aumento dei punti di attivazione			L'attività di promozione all'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico prosegue regolarmente. In particolare, dal 01/01/2016 al 30/06/2016, sono stati istituiti 10 nuovi punti di attivazione dei FSE in tutta la Provincia di Parma, di cui 4 presso specifiche Aziende/ditte limitato ai propri dipendenti e familiari e 6 pubblici. Nel medesimo periodo sono stati attivati 7289 nuovi FSE					
<b>Obiettivi Performance</b>	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR mandato DG				
<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>Perf. inter</b>
N. FSE attivi			specifico flusso di riferimento	Numero >=		6.000,00	7.289,00	
N. nuovi punti distrettuali di attivazione FSE			Atti Dir. San.	Numero >=		5,00	10,00	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.2.3</b>	<b>BANCA DATI NORMATIVE DI SPORTELLO UNICO</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali			Utilizzando l'apposito programma informatico, sono state create diverse cartelle per ogni argomento oggetto dell'attività di Sportello Unico. Ogni cartella è stata implementata con la normativa nazionale, regionale, le note aziendali e l'eventuale modulistica di riferimento.					
<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>Perf. inter</b>
Creazione e sviluppo banca dati normativa			programma software "al fresco"	Si/No	Si	Si	Si	100,00%



100%

Settore	1.2.3	<b><u>DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15). La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).</p>		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.1</b>	<b>Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15) La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016). Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivo ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità</p>			<p>Il monitoraggio dell'offerta e la verifica degli indici di performance è stato puntuale e continuativo. Prosegue il presidio dell'offerta finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard da parte dei distretti. Il Responsabile Unitario dell'Accesso verifica puntualmente il volume di prenotazioni effettuate e segnala le situazioni non conformi o prossime alla saturazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici. In relazione alle oscillazioni della domanda risulta più difficile calibrare l'offerta delle urgenze differibili.</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>Perf. inter</b>
Indice di performance per le prestazioni di urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante			fonte MAPS	% >=		90,00%	65,00%	
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso, nelle rilevazioni regionali ex ante			fonte MAPS	% >=		90,00%	90,00%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	1.2.3.2	<b>Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - monitoraggio DGR377/2016</b>						
Descrizione			Rendicontazione					
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative			Sono state diffuse a tutte le articolazioni aziendali delle indicazioni contenute nella dgr 377/16 e nelle successive circolari applicative. Sono state regolate le modalità di inserimento all'interno del sistema cup della mancata presentazione di un utente ad un appuntamento, sono state esplicitate le motivazioni da utilizzare nel sistema cup provinciale quando si rende necessario cancellare/spostare appuntamenti. E' in via di emanazione una procedura amministrativa.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
numero di disdette (rispetto anno 2015)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		383.328,00		
numero di abbandoni (rispetto anno 2015)			specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.054,00		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza		
Obiettivo	1.2.3.3	Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa					
Descrizione			Rendicontazione				
<p>Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013)</p>			<p>Prosegue la verifica dell'appropriatezza prescrittiva (TAC ed RM ex 704) dei MMG attraverso l'utilizzo del motore semantico e l'analisi della reportistica prodotta. In attesa della formalizzazione dei nuovi LEA (probabilmente nel mese di settembre) la verifica tiene conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER.</p>				
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
riduzione Indice di consumo di RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)		specifico flusso di riferimento	% >=		20,00%		
Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		
Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016(rispetto anno 2015)		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		
riduzione Indice di consumo di TC nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)		specifico flusso di riferimento	% >=		20,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.4</b>	<b>Prescrizioni e Prenotazione controlli</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.</p>			<p>sono stati coinvolti i DCP, ciascun DCP ha effettuato incontri di coinvolgimento con il personale infermieristico ed azioni di coinvolgimento degli con gli specialisti ambulatoriali.</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>Perf. inter</b>
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA)(rispetto anno 2015)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		105.790,00		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.5</b>	<b>Presenza in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Presenza in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.</p>			<p>Sono stati effettuati incontri con gli uffici risorse distrettuali per poter concordare una modalità univoca di strutturazione delle agende. Tale modalità prevede di individuare code specifiche riservate ai controlli e posti prenotabili sono da utenti pre-definiti (code D o code struttura) riservati ai pazienti inseriti in percorsi di presa in carico delle patologie croniche. Tali modalità di configurazione delle agende sono state avviate a partire da luglio 2016.</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>Perf. inter</b>
% prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche (rispetto anno 2015)			specifico flusso di riferimento	% >=				

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.2.3.6</b>	<b>Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015)			In attesa della formalizzazione dei nuovi LEA (probabilmente nel mese di settembre) la verifica tiene conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER.					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità			RIT	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>1.3</b>	<b><u>SALUTE DONNA</u></b>	 89%
-----------------	------------	----------------------------	--

<b>Settore</b>	<b>1.3.1</b>	<b><u>Azioni di consolidamento ed integrazione</u></b>	 75%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Si rilancia con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie e si definiscono gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi indicati dalle DGR 533/2008 e 1690/2008

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.2</b>	<b>Area della Produttività delle Risorse</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.1</b>	<b>Percorso Nascita</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento della azioni relative all' applicazione della DGR n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita". Utilizzo percorso DSA2 Gravidanza Fisiologica in tutti i distretti da parte dell'ostetrica.			Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive dell'AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, come da DGR 1097/2011. In tutti i distretti dell'AUSL, viene utilizzato il percorso "DSA2 Gravidanza fisiologica" da parte dell'ostetrica.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 533/08 DGR 1097/2011				
<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>Perf. inter</b>
Gravide in carico ost/gravide in carico Consulteri			Dati attività salute donna	% >=	50,00%	50,00%	59,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.2</b>	<b>Percorso Nascita - Diagnosi Prenatale</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Offerta attiva a tutte le gravide in carico ai Consultori Familiari di Diagnosi Prenatale precoce, delle principali anomalie cromosomiche			A tutte le gravide che si rivolgono ai Consultori Familiari viene offerta la procedura per la Diagnosi Prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
Gravide che ricevono la proposta per Translucenza Nucale (TN)/nati			Dati attività salute Donna	% >=	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.3</b>	<b>Percorso Nascita - Disturbi emozionali in gravidanza</b>						0%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assistenza alle donne in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino per disturbi emozionali			Ben consolidata l'assistenza alle donne che presentano disturbi emozionali in gravidanza e nel 1° anno di vita del bambino					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
N.gravide con disturbi emozionali/n. gravidanze in carico			Dati attività Salute Donna	% <=	1,00%	1,00%	2,50%	0,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse						
<b>Obiettivo</b>	1.3.1.4	<b>Percorso Nascita - Accompagnamento alla nascita</b>									100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>								
Corsi di accompagnamento alla nascita Presentazione del Percorso Nascita			Vengono regolarmente effettuati corsi di accompagnamento alla nascita ed incontri di presentazione del "Percorso Nascita" rivolto alle mamme e ai papà								
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		<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>Perf. inter</b>			
N. Presentazioni percorso nascita			Dati attività Salute Donna	Numero >=	5,00	9,00	6,00	100,00%			

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza						
<b>Obiettivo</b>	1.3.1.5	<b>Percorso Nascita: nuove procedure</b>									100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>								
Percorso per "Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" (iniziato a giugno 2015) per le gravide seguite in Provincia di Parma.			Si è consolidato il percorso per "Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" iniziato nel giugno 2015 per le gravide seguite a Parma città e Provincia								
<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>Perf. inter</b>			
N.gravide sottoposte a immunoprofilassi/gravide seguite consultorio			Dati attività Salute Donna	% >=	5,00%	10,00%	11,00%	100,00%			

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.6</b>	<b>Percorso Nascita: Nuova Cartella Regionale della Gravidanza</b>							 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Utilizzo nuova Cartella Regionale della Gravidanza per tutte le gravide della nostra provincia.			Si conferma l'utilizzo e la distribuzione della nuova Cartella della Gravidanza per tutte le gravide di Parma Città e Provincia						
<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>Perf. inter</b>	
N. Cartelle distribuite/n. gravide seguite in consultorio			Dati attività salute donna	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.7</b>	<b>Percorso Nascita: "ABOM"</b>							 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Avvio percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) in cui l'assistenza clinica della gravida è affidata all'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione (Aree Grigie)			Si è avviato il percorso di Assistenza di Base Ostetrica Modificata (ABOM) da parte dell'ostetrica secondo i protocolli concordati per le situazioni di rischio contenuto o di cui si prevede risoluzione						
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>	
Evidenza documentale avvio procedura			Atto Direzione Sanitaria	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.1.8</b>	<b>Dimissione Appropriata della madre e del neonato</b>				 0%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Applicazione protocollo "Dimissione appropriata della madre e del neonato" con specificità per ogni territorio.			Ben consolidata l'applicazione del protocollo della "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" in tutta l'AUSL con specificità per ogni territorio					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
N. puerpere assistite/n. nati			Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		0,00%

<b>Settore</b>	<b>1.3.2</b>	<b>Azioni di integrazione</b>	 <b>93%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Nel corso del 2016 si prevede di dare continuità a specifiche aree di integrazione			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.5</b>	<b>Dimensione della Innovazione</b>	Area Performance	<b>3.5.1</b>	<b>Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.1</b>	<b>Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV</b>	 <b>100%</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza". Il servizio, operativo presso il Consultorio Familiare -Casa della Salute Parma Centro, è finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere e intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.			Si conferma l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla Violenza" che, partito nel 2015, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al Centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere e intrafamiliare. Dall'apertura ad oggi, 10 sono i pazienti in carico al LDV: 3 del 2015 e 7 del 2016					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
N. pazienti in carico LDV			Dati attività salute donna	Numero >=	3,00	4,00	10,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	1.3.2.2	<b>Integrazione nei DCP, DSM, SIP - PERCORSO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE PR CENTRO</b>			 29%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosegue presso il Consultorio della Casa della Salute Parma Centro il percorso assistenziale avviato ad ottobre 2014, dedicato a pazienti ginecologiche (target specifici ed in fasce temporali definite nella settimana) che afferiscono agli ambulatori del gruppo Dedalo.			E' attivo un percorso assistenziale per pazienti ginecologiche che si rivolgono agli ambulatori medici del Gruppo Dedalo.					
<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>Perf. inter</b>
N. pazienti trattati e seguiti contestualmente di MMG			Dati attività salute donna	Numero >=	7,00	10,00	2,00	29,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	1.3.2.3	<b>Integrazione nei DCP, DSM, SIP - PERCORSO CONDIVISO CON U.O. DIABETOLOGIA</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio percorso condiviso con U.O. di Diabetologia nel Distretto di Parma su target specifici ed in fasce temporali definite nella settimana, per donne diabetiche con richiesta di contraccezione			Si è avviato un percorso condiviso con la Diabetologia del Distretto di Parma per pazienti diabetiche con richiesta di contraccezione					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
N. pazienti trattati e seguiti da U.O. Diabetologia			Dati attività salute donna	Numero >=	3,00	6,00	5,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.4</b>	<b>Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento gestione integrata territorio-ospedale inerenti i percorsi della gravidanza in base al livello di rischio (ambulatori gravidanza a rischio)			Continua la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria inerente ai percorsi della gravidanza in base al livello di rischio					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR N. 1377/2013				
<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>Perf. inter</b>
Protocollo clinico condiviso			Atti Direzione Sanitaria	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.5</b>	<b>Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Percorso per la presa in carico all'Ambulatorio gravidanza a termine" ad alto rischio e basso rischio nel rispetto della DGR 1377/2013			Si conferma il percorso per la presa in carico all'Ambulatorio "Gravidanza a termine" ad alto e basso rischio in collaborazione con l'AOSP-Universitaria di Parma					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	1377/2013				
<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>Perf. inter</b>
Gravide prese in carico/gravide consultorio			Dati attività salute donna	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	1.3.2.6	Integrazione con i Servizi Sociali	 100%					
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Collaborazione con il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità</p> <p>Collaborazione per il progetto "Oltre la strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento</p>			<p>Si è consolidata la collaborazione con il Centro per le Famiglie del comune di Parma e Fidenza sui temi della genitorialità.</p> <p>Si conferma la collaborazione per il progetto "Oltre la Strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento.</p>					
Obiettivi Performance	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	Riferimento Normativo	DGR 1690/2008 Art. 18 legge 28/2003 Art. 18 D.L. 286/98 DGR 771/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
N. incontri con i genitori			dati attività salute donna	Numero =	3,00	6,00	3,00	100,00%
Evidenza attività			Relazione salute donna	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.7</b>	<b>PRODUZIONE</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prosecuzione "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta, alle donne straniere e alle fasce deboli" realizzato nell'ambito del progetto Nazionale dell'ISS di prevenzione delle IVG sulla popolazione immigrata a cui la RER ha aderito. Sono stati somministrati in forma gratuita, contraccettivi "long action" per un periodo di prova (anno 2015) presso i servizi consultoriali del Distretto di Parma, in modo particolare Spazio immigrati e Spazio Giovani. A partire dal 2016 si prevede di estendere tale erogazione anche ai Distretti di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.</p>			<p>Si conferma il "Progetto sperimentale offerta di contraccezione adeguata, per erogazione diretta, alle donne straniere e fasce deboli" avviato nel 2015. Nel corso del 2016 è stato esteso anche ai Distretti di Fidenza, Borgotaro e Sud-Est.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1394/2014				
<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>Perf. inter</b>
N. contraccettivi somministrati nei consultori del Distretto di Parma			Dati depositati Salute Donna	Numero >=	15,00	30,00	19,00	100,00%
N. contraccettivi somministrati nei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Borgotaro			Dati depositati Salute Donna	Numero >=	15,00	30,00	22,00	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.8</b>	<b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori afferenti alla U.O. Salute Donna			Si conferma l'attivazione del FSE per le utenti che si presentano ai Consultori Familiari e alla Casa della Salute Parma Centro.							
<b>Obiettivi Performance</b>	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR mandato DG						
<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>Perf. inter</b>		
N.FSE attivati			CUP 2000	Numero >=	35,00	60,00	38,00	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.9</b>	<b>Informatizzazione</b>								85%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche.			Sono stati utilizzati gli strumenti messi a disposizione e si prevede un miglioramento dei dati relativi alla informatizzazione della refertazione ecografica per la diffusione del sistema di refertazione in più sedi.							
Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti										
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 930/2013						
<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>Perf. inter</b>		
N. ricette dematerializzate			RIT	Numero >=	1.700,00	3.000,00	1.884,00	100,00%		
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate			RIT	% >=	50,00%	70,00%	34,60%	69,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.10</b>	<b>Qualità dei Flussi informativi ASA e SICO</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
. ASA: Applicazione della procedura aziendale per la correzione degli errori . SICO: assicurare azioni organizzative necessarie al caricamento dei dati ai fini di una produzione del flusso SICO di adeguata qualità, in applicazione ai percorsi informatizzati definiti con il RIT.			E' stata assicurato il corretto caricamento dati sia per quanto riguarda il flusso ASA che SICO in collaborazione con il RIT					
<b>Obiettivi Performance</b>	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica	<b>Riferimento Normativo</b>	Circolare N.9 del 28\11\2008				
<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>Perf. inter</b>
Completezza dei dati con margine di tolleranza del 1%			RIT	% >=	60,00%	80,00%	60,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.11</b>	<b>Accreditamento</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio di procedure e protocolli finalizzati a garantire aderenza ai criteri per l'accREDITamento delle strutture sanitarie.			Si conferma il "Percorso per Immunoprofilassi anti-D prenatale sistemica" per le gravide seguite in Provincia di Parma					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale in almeno tre procedure rientranti nella metodologia dell'accREDITamento			Relazione Salute Donna	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.2.12</b>	<b>Formazione</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Programmazione e realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei Consulenti aziendali al fine di perseguire gli obiettivi specifici, in particolare la costruzione dei percorsi, attraverso la promozione e lo sviluppo delle competenze e della integrazione professionale.			La programmazione e realizzazione di eventi formativi ha rappresentato un obiettivo primario dei servizi consultoriali sia in ambito interno che integrato con altri servizi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<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>Perf. inter</b>
Evidenza eventi formativi			Atti U.O. Formazione	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.3.3</b>	<b>Spazio Giovani</b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Per lo Spazio Giovani si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza e al sostegno. Prevenzione comportamenti a rischio negli adolescenti.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.3.1</b>	<b>Punto di Accoglienza</b>				 <b>100%</b>		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali			Si conferma l'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali; il punto di accoglienza dello spazio giovani è attivo e l'orario di apertura è articolato su 5 giorni alla settimana.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<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>Perf. inter</b>
N. utenti presi in carico			Dati attività Salute Donna	Numero >=	40,00	90,00	122,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.3.2</b>	<b>Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Interventi presso alcune scuole superiori di I° e II° grado per prevenzione di comportamenti sessuali a rischio in riferimento delle Linee Guida regionali del "Progetto Adolescenza"			Si è confermata l'attività di educazione alla salute nelle scuole per prevenire comportamenti a rischio con la modalità della Peer Education					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 771/2015				
<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>Perf. inter</b>
N. interventi			Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00	5,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.3.3</b>	<b>Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.			Si sono svolti incontri presso Centri di Aggregazione giovanili per la prevenzione dei comportamenti a rischio nell'adolescente in collaborazione con il Comune di Parma					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<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>Perf. inter</b>
N. interventi			Relazione Salute Donna	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.3.4</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub &amp; spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.1</b>	<b>Percorso nascita</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Garantire assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)</p>			<p>E' stata garantita l'assistenza alle gravide e alle puerpere da parte delle ostetriche per gravidanze fisiologiche; ove presenti patologie si sono attivati percorsi integrati. I professionisti coinvolti hanno partecipato attivamente ai percorsi di formazione regionale e ai lavori di gruppo della commissione nascita; particolare attenzione è stata posta nella promozione di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita.</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>Perf. inter</b>
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare (media regionale 2015)			specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		
% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare (media regionale 2015)			specifico flusso di riferimento	% >=		22,50%		
Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti			specifico flusso di riferimento	% >=		46,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.2</b>	<b>Salute riproduttiva</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).			Sono state messe in atto modalità per favorire l'accesso al consultorio familiare per adolescenti fino a 20 anni in particolare per i ragazzi stranieri; stiamo progettando uno spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti (20-35 anni)					
<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>Perf. inter</b>
Percentuale incrementale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto al 2015			specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	18,40%	
Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti			Relazione Salute Donna	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.3</b>	<b>Promozione della salute in adolescenza</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2015.			E stata data la disponibilità da parte degli operatori dell'ausl per gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti attraverso incontri con gli insegnanti e contatti diretti con le scuole, ma purtroppo molte classi non hanno potuto partecipare per criticità interne all'istituto (difficoltà organizzative, errori nelle richieste...ecc.) . ciò ha determinato un deceremento della percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità pari a -11,30% rispetto al 2015.					
<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>Perf. inter</b>
Percentuale incrementale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) rispetto al 2015			specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	0,00%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.3.4.4</b>	<b>Percorso IVG</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel 2016 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.			I consultori familiari hanno garantito la prestazione con le modalità previste dal percorso IVG, rispettando i tempi di attesa, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta.					
<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>Perf. inter</b>
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche			specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	28,00%	

<b>Sub-Area</b>	<b>1.4</b>	<b><u>SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</u></b>	 84%
-----------------	------------	---	--

<b>Settore</b>	<b>1.4.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le azioni del 2016 per le Aree della Psichiatria Adulti (PA) Neuropsichiatria e Infanzia e Adolescenza ( NPIA ) e Dipendenze Patologiche ( DP ) vedono come prioritarie l'accessibilità e i processi di integrazione intra ed interistituzionale.</p> <p>Il DAI SMDP ha pienamente realizzato la riorganizzazione prevista dalla delibera ASUL 703/13; percorsi di collaborazione formalizzati sono in atto con la NPIA dell' Azienda Ospedaliero Universitaria.</p> <p>Obiettivo strategico per tutte le aree del DAI SM-DP per il 2016 è l'applicazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla salute mentale nelle Case della Salute, al Budget di Salute e alla integrazione socio-sanitaria, ai percorsi di superamento degli OPG in un'ottica di costante coinvolgimento e partecipazione dell'utenza, delle famiglie e del contesto sociale. Nella qualificazione della rete residenziale e dei servizi un ruolo centrale viene assunto dall'affidamento d'essi in forma di procedura aperta finalizzata alla successiva stipula di Accordi Quadro ex art. 59 del D.Lgs. 163/2006.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.1</b>	<b>Percorso organizzativo dipartimentale</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<p>Nel 2016 sarà data attuazione alla Delibera 920 del 29/12/2015 in ambito di Psicologia Clinica e verrà completato il percorso organizzativo con l'applicazione del nuovo Regolamento dipartimentale.</p> <p>Il Regolamento che sarà approvato nel 2016 conterrà gli adempimenti del Dipartimento in merito a quanto di propria competenza riguardo alla Psicologia Clinica.</p>			Regolamento Dipartimentale realizzato, ma in attesa di deliberazione. Il testo del regolamento è stato valutato in sede di Comitato di Dipartimento.						
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<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>Perf. inter</b>	
Regolamento del Dipartimento			atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	No		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.2</b>	<b>Percorsi Integrati Ospedale-Territorio</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Revisione e riorganizzazione del sistema di Emergenza-Urgenza del DAI SMDP e relativi raccordi con l'NPIA. Revisione del programma DCA.			Il programma DCA e' stato pienamente revisionato, con integrazione delle attivita' della Clinica Psichiatrica. In fase di realizzazione il raccordo con NPIA sull'Emergenza Urgenza						
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>	
Piano Organizzativo DCA			atti DAISMDP	Sì/No		Sì			
Piano Organizzativo Emergenza-Urgenza			atti DAISMDP	Sì/No	Sì	Sì	No		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi				
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.3</b>	<b>La salute mentale nella Case della salute</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Proseguimento delle attività di raccordo e di collaborazione, nelle diverse sedi distrettuali, con i Dipartimenti Cure Primarie ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Sviluppo del Programma "Leggieri" e delle attività di tutte le aree del DAI SMDP nelle Case della Salute.			Si stanno predisponendo le attivazione del progetto per la realizzazione delle Equipe di accoglienza, proseguono come da prassi consolidata, le attività di raccordo con i nuclei di cure primarie, l'attività dello psichiatra all'interno dei nuclei e l'attività formativa nell'ambito del programma "G. Leggieri"						
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Sviluppo di funzioni di accoglienza nelle Case della Salute in tema di salute mentale	<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>Perf. inter</b>	
Revisione del Protocollo di intesa DAI SMDP / DCP con inserimento dei percorsi delle équipe di accoglienza.			atti DAI SMDP-DCP	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.4</b>	<b>Qualità ed accreditamento / Comunicazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Redazione del Piano triennale per lo sviluppo della Qualità del DAI-SMDP, nel corrente anno si effettueranno azioni volte a: revisione dell'assetto organizzativo delle Funzioni Qualità del DAI SMDP, adeguamento ai requisiti previsti per le RTE, Revisione della Carta dei Servizi e del Sito			Si e' gia' effettuata un'ampia revisione dei contenuti presenti nel Sito Aziendale, inserendo i nuovi contenuti e verificando le informazioni esistenti. In fase di completamento la revisione della Carta dei servizi. Pienamente realizzato il piano triennale di sviluppo della Qualita'					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<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>Perf. inter</b>
Carta dei Servizi			atti DAISMDP	Si/No		Si		
Piano Triennale dello Sviluppo della Qualità			atti DAISMDP	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.5</b>	<b>Formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Elaborare proposte formative attente alle esigenze di integrazione tra le aree disciplinari e le componenti multiprofessionali, in una logica di valorizzazione delle competenze individuali presenti e di attivazione di sinergie tra le stesse. Ulteriore sviluppo di attività formative con particolare riferimento al Budget di salute, ai percorsi giudiziari, alla qualità delle attività territoriali con particolare riferimento a infanzia, adolescenza e giovani.			E' stato redatto il piano formativo, come da obiettivo					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<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>Perf. inter</b>
Piano formativo			atti DAISMDP	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.1	Area della Produzione Scientifica			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.6</b>	<b>Innovazione, ricerca e collaborazioni</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Consolidamento ed ulteriore sviluppo di programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca con particolare riferimento alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento precoce delle psicosi.</p> <p>Completamento della ricerca effettuata in collaborazione con la Facoltà di Psicologia nell'ambito della valutazione degli esiti degli interventi psicologici nella Casa della Salute e relativo report finale.</p>			<p>Prosegue l'adesione alle linee guida per il trattamento dei pazienti con esordio psicotico, con ottimi risultati in termini di mantenimento in cura . Completata la ricerca in collaborazione con la Facoltà di Psicologia (e relativa pubblicazione dei dati)</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	<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>Perf. inter</b>
Relazione conclusiva della ricerca			atti DAISMDP	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.7</b>	<b>Governo Clinico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Applicazione del documento sul governo clinico del DAI-SMDP 2015-17. Consolidamento ed ulteriore sviluppo di programmi specifici in materia di appropriatezza prescrittiva tramite diffusione di linee guida, monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci e iniziative specifiche di formazione in collegamento con i DCP.</p> <p>Realizzazione di un audit (Appropriatezza prescrittiva di antipsicotici depot di 2° generazione) in collaborazione con il Dipartimento Assistenza Farmaceutica.</p>			<p>Monitoraggio dell'uso e della spesa inerenti ai farmaci antipsicotici di seconda generazione. L'audit sulla corretta modalità di prescrizione e' stato realizzato, in fase di completamento il re-audit</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>					
	E4	Contenimento spesa farmaceutica						
<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>Perf. inter</b>
appropriatezza prescrittiva degli antipsicotici depot di 2a generazione con riferimento al monitoraggio della sindrome metabolica: pz in terapia con sindrome monitorata/pz in terapia			Report di audit in atti DAISMDP	% >=		70,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.8</b>	<b>Integrazione socio-sanitaria.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Armonizzazione dei diversi strumenti alla metodologia Budget di Salute ed effettuazione della ricerca sugli esiti Garantire la valutazione multidisciplinare attraverso la partecipazione alle Commissioni UVM distrettuali, contribuendo alla identificazione e standardizzazione di strumenti di valutazione.			E' in essere una ricerca, che prevede la collaborazione di una Psicologa, sulla valutazione dei percorsi e sugli esiti dei progetti BdS attivi e dei progetti BdS attivati per pazienti con Esordio Psicotico.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	<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>Perf. inter</b>
Report Valutazione degli Esiti dei Progetti Individuali di Budget di Salute: pz con budget di salute con valutazione positiva/pz con budget di salute			Report Annuale	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.9</b>	<b>Sistema informativo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio del processo di interfaccia tra gli applicativi aziendali e i programmi Dipartimentali (Efeso, Elea e Sister) Collegamento delle funzioni del sistema informativo salute mentale alle attività del Dipartimento valutazione e controllo.			Dopo la fase di test e le ultime indicazioni da parte del referente del Sistema informativo, il collegamento con gli strumenti della Dipartimento di valutazione e controllo e' stato ultimato. Lo stesso referente e' membro del gruppo ristretto Regionale per la realizzazione dell'Applicativo unico Regionale in ambito DAISDP					
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	<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>Perf. inter</b>
Evidenza Documentale			Sistema Informatico	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.10</b>	<b>Percorsi giudiziari</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento della REMS di Casale di Mezzani e definizione dei percorsi per i pazienti autori di reato. Completamento della Documentazione della REMS relativa alla pianificazione ed al sistema qualità			La REMS e' pienamente operativa, le procedure sono ampiamente consolidate sia per la presa in carico dei pazienti, per la loro valutazione e, in collaborazione con i Servizi territoriali, le progettualita' in merito alla loro integrazione post dimissione. La documentazione relativa al sistema qualità è in fase avanzata di realizzazione					
<b>Obiettivi Performance</b>	A7	Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP ed attivazione della REMS	<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>Perf. inter</b>
Evidenza Documentale			Documentazione completa relativa al sistema qualità	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.1.11</b>	<b>PDTA Esordi Psicotici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Analisi e progettazione di un PDTA in ambito di Esordi Psicotici			PDTA in corso di realizzazione, in intesa con le Aziende della Regione. Il referente aziendale partecipa in modo continuativo agli incontri RER					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
Relazione finale Gruppo di Lavoro			atti DAISMDP	Si/No		Si		

<b>Settore</b>	<b>1.4.2</b>	<b>Area Psichiatria Adulti</b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Prosegue l'impegno specifico e strategico di collegamento con i M.M.G. (Programma Leggieri) e la qualificazione dell'organizzazione dei percorsi per l'E-U</p> <p>Elaborazione di un programma strategico per la riqualificazione delle prestazioni e dei percorsi per un migliore collegamento funzionale tra le aree ospedaliere e territoriali nel settore dell'emergenza/urgenza e miglioramento dell'appropriatezza.</p> <p>Perfezionamento delle funzioni assistenziali ospedaliere erogate dalla rete privata e utilizzo integrato di una quota di posti in strutture residenziali a trattamento intensivo o protratto o specialistico. Governo e monitoraggio del processo di integrazione delle strutture afferenti all'Aiop attraverso lo specifico "Cruscotto".</p> <p>Piena attivazione RTP "I maggio", qualificazione, differenziazione e razionalizzazione dell'offerta residenziale e territoriale tramite lo sviluppo di progetti con "Budget di salute" nell'ottica di percorsi riabilitativi personalizzati e ad inclusività sociale. Predisposizione delle azioni per il prossimo spostamento del CSM di Fidenza e dalla RTI "PRP" presso la nuova ala dell'Ospedale di Vaio.</p> <p>Sviluppo delle competenze inerenti la didattica e ricerca.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.2.1</b>	<b>Qualificazione della rete ospedaliera</b>						 <b>100%</b>
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguono le attività di "cruscotto" collocato presso lo SPO per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.			Sono proseguite, in modo ormai consolidato, le attività in oggetto, con invio settimanale a tutti i soggetti interessati del report sugli accessi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>A1</b>	<b>Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale</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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	22,00	44,00	22,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.2.2</b>	<b>Qualificazione dell'assistenza territoriale. La salute mentale nelle Case della Salute</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Analisi e pianificazione delle attività di Equipe di accoglienza presso almeno una Casa della Salute Stratificazione del rischio e profili di NCP per il trattamento dei disturbi depressivi.			Il primo incontro per la realizzazione dell'obiettivo, avrà luogo presso la Casa della Salute di S.Secondo in data 18 ottobre, al quale parteciperanno professionisti del DCP e del DAISMDP				
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Sviluppo di funzioni di accoglienza nelle Case della Salute in tema di salute mentale		<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>Perf. inter</b>
Documento di start up		Atti DAI-SMDP	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.2.3</b>	<b>Residenzialità adulti</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Analisi degli interventi territoriali e residenziali rivolti ai giovani adulti, valutando la opportunità di riservare una quota di posti letto a questa particolare fascia di utenza. Lo studio vuole approfondire la recettività dei servizi per Adulti nei confronti degli utenti tra i 18 e i 40 anni			E' stat realizzata un'analisi preliminare dei bisogni, mediante UVM, che ha evidenziato la situazione in essere e proposto ipotesi di intervento				
<b>Obiettivi Performance</b>	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie		<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>Perf. inter</b>
Relazione finale		atti DAISMDP	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	<b>Dimensione della Qualità</b>	Area Performance	3.2.2	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.2.4</b>	<b>Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosecuzione attività in materia di contenzioni fisiche presso l'SPDC. Diminuzione del ricorso alla contenzione			già dai dati del primo semestre, emerge un ulteriore e netto decremento di tutti i tipi di contenzione. Al 30 giugno le contenzioni effettuate presso l'SPDC sono 6.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi	<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>Perf. inter</b>
Registro contenzioni			atti SPDC	Numero <=		37,00		

<b>Settore</b>	<b>1.4.3</b>	<b>Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza</b>	 <b>68%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi di utenza sono fortemente aumentati, in linea con le tendenze regionali. Questo influenza fortemente i tempi di accesso e per questo è stato stilato uno specifico Piano che andrà continuato per tutto il 2016.</p> <p>Si conferma l'attualità di nuove problematiche relative all'età adolescenziale e gli ambiti interculturali.</p> <p>L'area di NPIA è partecipe ed impegnata nel processo di collegamento ed integrazione strutturale con gli altri ambiti disciplinari del DAI-SMDP in particolare si evidenzia la necessità di garantire i principi della continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra età minore ed età adulta e di perfezionamento dei raccordi operativi nella casistica di soggetti "multiproblematici" o con necessità di presa in carico di lungo periodo; un ulteriore impegno consiste nel rendere omogenee le modalità di approccio tra i servizi specialistici e quelli territoriali per garantire continuità assistenziale. Definizione e applicazione della normativa per la valorizzazione delle prestazioni</p> <p>Altro ambito di attenzione è rappresentato dalle situazioni di Emergenza Urgenza di minori e giovani con patologie neuro psichiatriche per i quali sono da realizzare gli specifici protocolli (con Azienda Ospedaliera Universitaria, NPIA, Pediatria-Ospedale del Bambino, Riabilitazione), anche a seguito dell'apertura della RTI-M – RTP-M di San Polo.</p> <p>Continua l'attività del Cruscotto per la gestione degli accessi e il monitoraggio dei percorsi residenziali e dei minori collocati in ambito extrafamiliare e collaborazione alla stesura dei Progetti Quadro. Diffusione di linee di indirizzo per la definizione degli "appoggi domiciliari" e, in riferimento alle prerogative del "Cruscotto", dei relativi criteri d'accesso.</p> <p>Realizzazione del Programma Provinciale Integrato per l'autismo e stesura della parte relativa ai Progetti di Vita.</p>			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.1</b>	<b>Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Polo Pediatrico: definizione di un progetto/percorsi finalizzato al trasferimento delle attività NPIA del Polo di via Savani (Psicologia Clinica NPIA e Neurologia Funzionale e Riabilitazione NPIA) e del CAGE presso la costituenda Casa della Salute del Bambino e dell'Adolescente			Attività in fase di realizzazione. La struttura è in fase di completamento, i percorsi relativi al trasferimento sono in fase di rimodulazione a seguito delle modifiche strutturali create in corso d'opera					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>G4</b>	Sviluppo di soluzioni organizzative finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (specialistica)		<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.2</b>	<b>Piano Accesso</b>						 68%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attuazione annuale delle azioni previste nel Piano per l'accesso finalizzate al mantenimento dei tempi di attesa nei limiti fissati dalla normativa.			Le azioni previste dal Piano dell'Accesso sono in corso di attuazione. i risultati sono inferiori a quelli attesi i tempi di attesa risentono di un'aumentata domanda da parte della popolazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	<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>Perf. inter</b>
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite accesso diretto			Sistema informativo Elea	% >=	70,00%	70,00%	59,40%	85,00%
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP			Sistema informativo CUP	% >=	60,00%	60,00%	30,70%	51,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.3</b>	<b>Minori in situazione di emergenza-urgenza. Collocazioni extrafamiliari (Cruscotto)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Potenziare le attività di prevenzione e cura di minori ed adolescenti con particolare attenzione ai percorsi di ricovero in emergenza. Monitoraggio dei protocolli interaziendali sulla NPIA relativi all'Emergenza-Urgenza.			Proseguono le attività di cruscotto, al 30 giugno sono stati ricoverati 7 minori in SPDC					
<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>Perf. inter</b>
Ricoveri di minori presso SPDC			Sistema Informativo	Numero <=		22,00		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.4</b>	<b>Programma Regionale Integrato Autismo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosecuzione del programma delle attività per la continuità delle cure (passaggio dai servizi psichiatrici per minori ai servizi psichiatrici per adulti) ai pazienti affetti da autismo, con riferimento ai casi seguiti dal CENTRO PER LA DIAGNOSI, LA CURA E LO STUDIO DEI DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (Centro Autismo).			Il report è stato predisposto ed è in corso di realizzazione, limitatamente alla quota dati dell'anno corrente sin qui raccolta					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
minori affetti da autismo seguiti dal Centro Autismo a cui sono applicate le procedure previste per passaggio minori-adulti/minori affetti da autismo seguiti dal centro Autismo			Report Team Autismo	% >=		70,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.5</b>	<b>Progetti Regionali ADHD e DSA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento delle Attività Neuropsichiatriche nell'ambito dei programmi ADHD e DSA, tramite autit specifico sulle cartelle aperte durante l'anno a utenti con diagnosi ADHD e DSA			Proseguono le attività come da prassi ormai consolidata					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
Minori diagnosticati ADHD con assessment completo sul totale minori diagnosticati ADHD			AUDIT in atti DAISMDP	% >=		80,00%		
Minori diagnosticati DSA con assessment completo sul totale minori diagnosticati DSA			AUDIT in atti DAISMDP	% >=		80,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.3.6</b>	<b>Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo ed attuazione di percorsi interdisciplinari a favore di adolescenti e giovani a rischio di dipendenza patologica o con esordi psicotici ed altre manifestazioni psicopatologiche in integrazione con DCP, enti locali, strutture private accreditate e terzo settore. Definizione dei percorsi di continuità assistenziale per il passaggio alla maggiore età dei giovani con disabilità fisica e psichica in carico alla NPIA. Realizzazione del progetto Milestone. Azioni per la prevenzione degli atti autolesivi e del suicidio.			Il personale dedicato sta realizzando la relazione Milestone, limitatamente ai dati sin qui raccolti nell'anno corrente					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Relazione Milestone	Sì/No		Sì		

<b>Settore</b>	<b>1.4.4</b>	<b>Area Dipendenze Patologiche</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi utenza sono omogenei con le tendenze regionali e con l'evidenziazione di nuove problematiche per ciò che concerne le fasce di età giovanili ed adolescenziali e gli stili di consumo delle sostanze.</p> <p>Le azioni previste per l'anno 2016 condividono l'orientamento verso una più marcata integrazione fra i servizi dipartimentali, in particolare la salute mentale adulti. In particolare è necessario proseguire nell'aggiornamento degli assetti organizzativi finalizzato alla diversificazione delle risposte cliniche e dalla continuità della presa in cura anche in funzione delle variazioni della domanda.</p> <p>Prosecuzione delle attività del Cruscotto per la gestione degli accessi ai percorsi comunitari, residenziali e socio-sanitari e loro monitoraggio.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.5</b>	<b>Dimensione della Innovazione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.5.1</b>	<b>Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.4.1</b>	<b>Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione del fabbisogno di assistenza nelle Carceri per problemi correlati a Dipendenza da sostanze ed aspetti di salute, valutazione all'ingresso, valutazione su segnalazione, definizione ed applicazione di percorsi di cura con trattamenti multidisciplinari.			Tutte le attività sono ampiamente realizzate, inoltre sono conclusi i lavori di un gruppo di miglioramento riguardante la continuità assistenziale a favore degli utenti negli Istituti Penitenziari. Dall'esito finale dei lavori sarà ricavato l'accordo di interfaccia tra La UOS "Salute mentale e dipendenze patologiche negli Istituti Penitenziari" e i servizi SerT					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
Incontri con l'area trattamentale - Evidenza Documentale			Verbali	Numero <=		10,00		
Presa in carico di detenuti diagnosticati per dipendenza patologica con disturbi gravi			Sistema informativo SistER	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.4.2</b>	<b>“Programma” Dipendenze Patologiche Adulti</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione all'elaborazione del nuovo "Piano Regionale per le Tossicodipendenze" e successiva applicazione locale. Monitoraggio di nuove forme di intervento progettuale su modello Budget di Salute (inserito nell'accordo di fornitura locale con gli Enti Accreditati)			Partecipazione continua al Piano regionale. Attività sul budget di salute potenziate. Operatori del SerT partecipano alle attività formative sul tema del BdS					
<b>Obiettivi Performance</b>	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	<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>Perf. inter</b>
Numero incontri CLM (Commissione locale di monitoraggio)			Verbali CLM	Numero <=		4,00		
Numero Progetti su Budget di Salute			Sistema Informativo CT	Numero <=		10,00		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.4.3</b>	<b>Nuove dipendenze</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Completamento e Integrazione della Rete dei Servizi per la Prevenzione e Cura del tabagismo, attraverso l'Implementazione dei punti dedicati sul territorio			Realizzati i Centri Antifumo, come da Programma					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<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>Perf. inter</b>
Apertura di un nuovo punto dedicato sul territorio			Evidenza strutturale/atti DAISMDP	Numero =		1,00		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.4.4</b>	<b>Interventi di prossimità</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Interventi di accompagnamento e sostegno al lavoro di comunità / prossimità (modello community lab): Sperimentazione, con il supporto regionale, di interventi di prossimità nel territorio di Medesano (Piani di zona Valli Taro e Ceno). Pianificazione del percorso, Formazione e Supervisione dell'équipe.			Attività in regolare corso di realizzazione, hanno avuto luogo regolarmente gli incontri previsti					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<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>Perf. inter</b>
Numero di incontri con gli interlocutori istituzionali del territorio (Gruppo di monitoraggio)			Verbali	Numero <=		6,00		

<b>Settore</b>	<b>1.4.5</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER. Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018</li> <li>-Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale</li> <li>-Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia</li> </ul>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.1</b>	<b>Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Protocollo diagnostico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -Garantire l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni			Il protocollo e' stato sin qui applicato a tutti i nuovi casi, in relazione alle specifiche competenze DAISMDP					
<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>Perf. inter</b>
n. protocolli applicati su nuovi casi 0 -17			Report Team Autismo	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.2</b>	<b>Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Accesso facilitato percorso Autismo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -Facilitare l'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (centri spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni con sospetto di disturbo dello spettro autistico ,(CHAT positiva o dubbia al bilancio di salute dal 20° al 24° mese) al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento			Tutti i casi sospetti sin qui registrati hanno avuto accesso ai Servizi dedicati nei tempi stabiliti					
<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>Perf. inter</b>
n. bambini con sospetto disturbo dello spettro autistico che accede ai servizi entro 30 gg. sul totale			Report Team Autismo	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.3</b>	<b>Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Passaggio servizi età adulta</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta			Il report del team Autismo e' in corso di realizzazione, registrando sin qui 7 pazienti regolarmente passati al servizio per adulti. Si prosegue la redazione per i dati dell'anno in corso					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>
n. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico			Report Team Autismo	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.4</b>	<b>Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Definizione risorse del DSM-SP</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute.</p> <p>Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi:          -Definire annualmente le risorse che l'Azienda mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute</p>			<p>Obiettivo pienamente realizzato.          Il budget di salute attivati al 30/06 sono 65 e la spesa stimata è di Euro 487.500,00 .</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	<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>Perf. inter</b>
evidenza della definizione per l'attivazione dei progetti			Atti DAISMDP	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.5</b>	<b>Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Formazione e aggiornamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute.</p> <p>Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi:          -Promuovere azioni di formazione e aggiornamento del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e Terzo settore, con particolare rilievo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti</p>			<p>Nel corso dell'anno 2016 si è dato luogo ad una formazione specifica, svolta all'interno dei seguenti servizi del DAISMDP: CSM, SerT, Residenze, CNPIA, avente per oggetto l'applicazione dello strumento "Budget di Salute" nei diversi contesti: valutazione, progettazione e conseguente valutazione degli esiti, evidenziando criticità e punti di forza. E' previsto un seminario, che si svolgerà nei gg 10 ottobre e 14 novembre 2016, rivolto agli operatori dei servizi aziendali ed agli operatori del terzo settore avente per oggetto la valutazione dei percorsi condivisi. Infine il giorno 11 novembre 2016 si svolgerà, presso la Casa della Salute Parma Centro l'evento formativo "Budget di Salute - Nel corso del tempo: pratiche e strumenti innovativi", a cura della dr.ssa Ceroni, responsabile della UOS dipartimentale "Trattamenti Psicosociali Intensivi e Integrati". Obiettivo del seminario è rappresentare le esperienze, condividere i saperi, favorire il confronto, contribuire ad accrescere il modello dell'integrazione socio-sanitaria, valorizzando la partecipazione consapevole dell'utenza.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<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>Perf. inter</b>
evidenza di eventi formativi			Atti DAISMDP	Numero >=		1,00		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.6</b>	<b>Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale - UVM e accessibilità al Budget di Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute.</p> <p>Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi:          -Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta dall'Azienda Usl e dai Servizi sociali, per l'accesso al budget di salute</p>			<p>Una percentuale significativa di nuovi progetti e di progetti che prevedono una elevata integrazione progettuale da parte di Enti locali e famiglie, è stata valutata dall'UVM.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale	<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>Perf. inter</b>
n. valutazioni UVM/n. progetti attivati			Atti DAISMDP	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.4.5.7</b>	<b>Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven.</p> <p>Per tutte le Ausl: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS.</p>			<p>A far data dall'apertura della REMS (27/05/2015) sono stati ammessi 20 utenti e sono stati realizzati 17 PTRI. Per i pazienti dimessi sono stati realizzati tutti i PTRI, al momento sono presenti in struttura 9 pazienti, per 6 di questi i PTRI sono stati realizzati, per i rimanenti 3 i progetti sono in fase di realizzazione. I tempi sono comunque stati rispettati.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A7	Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP ed attivazione della REMS	<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>Perf. inter</b>
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/num residenti ammessi nelle REMS			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

<b>Sub-Area</b>	<b>1.5</b>	<b><u>SANITA' PUBBLICA</u></b>	 100%
-----------------	------------	--------------------------------	---

<b>Settore</b>	<b>1.5.1</b>	<b><u>Quadro Generale e attività trasversali</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2016 termina il percorso di preparazione per l'ACCREDITAMENTO del DSP. Verrà formalizzata la domanda di accreditamento per arrivare alla visita della commissione regionale.</p> <p>PROGETTO GUADAGNARE SALUTE: rendicontare il progetto regionale "Una comunità che guadagna salute".</p> <p>PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2016.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.1.1</b>	<b>Percorso di accreditamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Presentazione domanda di accreditamento alla Regione per il DSP (DGR 385/2011)			Il Manuale per l'Accreditamento è stato incrementato con gli opportuni allegati e procedure emanate. Si formalizzerà la domanda di accreditamento entro fine anno					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 385/2011				
<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>Perf. inter</b>
Presentazione domanda accreditamento DSP AUSI di Parma			Protocollo domanda inoltrata	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.1.2</b>	<b>Progetto "Guadagnare Salute"</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Stesura della relazione finale del progetto "Guadagnare in salute"			Si è concluso il progetto ed è stata inviata rendicontazione scientifica ed economica all'AUSL di Piacenza (USL Pilota) in data 07/04/2016.							
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 744/13						
<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>Perf. inter</b>		
Presenza della realzione			protocollo relazione	Si/No		Si				

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.1.3</b>	<b>Piano Regionale della Prevenzione</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2016.			Tutti i piani di attività dei servizi DSP sono stati integrati aderendo e prevedendo quanto indicato nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.							
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 771_2015						
<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>Perf. inter</b>		
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni prteviste per il 2016			Piani attività dei Servizi	Si/No		Si				

<b>Settore</b>	<b>1.5.2</b>	<b>Igiene e Sanità Pubblica</b>	 <b>99%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Definizione del Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.2.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione 2016</b>					 <b>100%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			E' stato elaborato il Piano di Attività 2016 scomposto in aree disciplinari (prot. 10793 del 16/02/2016). Si è proceduto a rendicontare le attività 2015 (30/05/2016)					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013; DGR 385/2011				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		
Produzione della relazione finale anno 2015			Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.2.2</b>	<b>Igiene Ambiente</b>				 93%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016 (prot. 36201 del 27/5/2017e 36861 del 31/5/2016 ) . La media di attuazione del carico di lavoro degli operatori al 30/6 è del 42%					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013; DGR 385/2011				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	42,00%	93,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.2.3</b>	<b>Sorveglianza malattie infettive</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016. Al 30/6 è stato attuato mediamente per il 55% del programmato.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Circolari regioni specifiche				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.2.4</b>	<b>MEDICINA LEGALE</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016 ed ogni operatore ha attuato il 50% del programmato					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	L. R 4/2008				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.2.5</b>	<b>MEDICINA DELLO SPORT</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			E' stato declinato il piano di lavoro individuale 2016 già attuato al 30/6 per il 48% del programmato					
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	48,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.5.3</b>	<b><u>Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro</u></b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Definizione del Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.3.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione 2016</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato il Piano di attività 2016 (prot.10418 del 15/2/16) Relazione finale 2015 del 30-3-2016 diffusa il 7-4-16					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 200/2013				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Si/No		Si		
Produzione della relazione finale anno 2015			Protocollo relazione finale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.3.2</b>	<b>Medicina del Lavoro</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Dopo una riunione di presentazione a tutti gli operatori, è stato trasmesso il carico di lavoro individuale ad ogni singolo operatore SPSAL e UOIA (protocollati singolarmente in data 20-4-2016 e 21-04-2016). Attuato al 30/6 complessivamente per il 64%							
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015 Punto 1.5						
<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>Perf. inter</b>		
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	64,00%	100,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.3.3</b>	<b>UOIA</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Dopo una riunione di presentazione a tutti gli operatori, è stato trasmesso il carico di lavoro individuale ad ogni singolo operatore SPSAL e UOIA (protocollati singolarmente in data 20-4-2016 e 21-04-2016). Al 30/6 attuato almeno al 50% da ogni operatore							
<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>Perf. inter</b>		
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	100,00%		

<b>Settore</b>	<b>1.5.4</b>	<b>SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2016 del Servizio con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.4.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione 2016</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			E' stato elaborato il Piano di Attività 2016 scomposto in aree disciplinari (prot. 10423 del 15/02/2016). Si è proceduto a rendicontare le attività 2015 (documento allegato al Piano di Attività)					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Si/No		Si		
Produzione della relazione finale anno 2015			Protocollo relazione finale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.4.2</b>	<b>IGIENE DEGLI ALIMENTI</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			E' stato declinato e presentato agli operatori il piano di lavoro individuale. Al 30/6 ogni piano è stato attuato con una media di servizio del 64,10%					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	64,10%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.4.3</b>	<b>NUTRIZIONE</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Anche per l'area nutrizione è stato declinato il pinao di lavoro individuale completato al 30/6 per il 57% del programmato					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	57,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.5.5</b>	<b>Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Piano di attività 2016 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C con formulazione budget di			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.5.1</b>	<b>Pianificazione e Programmazione 2016</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Piano di attività 2016 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato il Piano attività (Prot. 10518 del 15/2/16) scomposto per area					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Elaborazione del Piano di attività 2016, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato			Protocollo piano di attività	Si/No		Si		
Produzione della relazione finale anno 2015			Protocollo relazione finale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.5.2</b>	<b>SERVIZIO A - SANITA' ANIMALE</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno attuato almeno il 58% del piano programmato					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	58,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.5.3</b>	<b>SERVIZIO B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno attuato almeno il 55% del piano programmato					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
<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>Perf. inter</b>
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	1.5.5.4	SERVIZIO C - IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato il piano di lavoro individuale con ore e volume attività previste. Tutti gli operatori hanno attuato almeno il 58% del piano programmato					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2016	% >=	45,00%	90,00%	58,00%	100,00%

Settore	1.5.6 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
	<p>Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment)</li> <li>Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività omprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 bisognerà perseguire nuovi obiettivi Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, pag.4)</li> </ul>

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.1</b>	<b>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative locali e regionali, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP. Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano.</p> <p>Nel 2016 le Aziende si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 5% rispetto al valore atteso.</p>			<p>Si è proceduto ad organizzare e coordinare i piani previsti dal PRP su cui il DSP garantisce il monitoraggio e presidio. Si procede seguendo i programmi e monitorando gli indicatori sentinella</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<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>Perf. inter</b>
raggiungimento degli standard previsti degli indicatori sentinella			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.2</b>	<b>Sanità Pubblica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.)</li> <li>mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013;</li> <li>- lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, a supporto della pianificazione delle attività del sistema regionale della prevenzione e quale strumento per la valutazione della qualità dell'azione e dei risultati conseguiti;</li> <li>-la gestione efficace delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano cooperando con altri Servizi sanitari o altri Enti.</li> </ul>			<p>E' assicurato il coordinamento da parte del DSP e l'apporto alla realizzazione di ogni programma del PRP per quanto di competenza.</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>Perf. inter</b>
% aziende con dipendenti ispezionate			specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%		
evidenza sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati			Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.3</b>	<b>Epidemiologia e sistemi informativi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment).</p> <p>In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP. Tra le sorveglianze da consolidare si richiamano il Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute) e il Registro regionale di mortalità; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si citano gli screening oncologici e le vaccinazioni mentre sono da sviluppare e potenziare il Registro regionale dei tumori e il Sistema PASSI d'Argento. (vedi DGR 1003 del 28-06-2016, Allegato B, 1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi pag.5)</p>			<p>Nel 2016 sono stati attivati tutti i sistemi di sorveglianza degli stili di vita previsti. La registrazione dei dati sul registro mortalità per il primo semestre 2016 è stata completa ed inviata nei tempi stabiliti dalla Regione (100%).</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>Perf. inter</b>
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2016) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2017)			Protocollo	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.4</b>	<b>Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche.</p> <p>Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.</p>			<p>vd 5.7.1.2 (Reti cliniche Pediatriche - Programmi vaccinali)            Per quanto riguarda le attività del DSP : nel primo semestre dell'anno si è proceduto con la chiusura degli ambulatori con erogazione inferiore all 500 dosi vaccinali/anno come da indicazione regionale .</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>Perf. inter</b>
n° ambulatori che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Numero <=			0,00	
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.5</b>	<b>Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi: - Attivazione, in via sperimentale, del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016.</p> <p>-Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.</p> <p>-Attività di controllo sul benessere animale e farmacosorveglianza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.</p>			<p>Si è proceduto seguendo le indicazioni previste nel PRP sia in materia di sicurezza alimentare che in sanità e benessere animale. Tutti i piani di lavoro dei servizi sono stati integrati recependo gli obiettivi ed i piani dettati dal PRP.</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>Perf. inter</b>
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti (obiettivo: >= 10 o 15% secondo le specie)			specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		
% allevamenti controllati per farmacosorveglianza sul totale degli allevamenti			specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%		
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)			specifico flusso di riferimento	% >=		98,00%		
PRI - Piano Regionale Alimenti			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	<b>1.5.6.6</b>	<b>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;</li> <li>-Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;</li> <li>-Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.</li> <li>-Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.</li> </ul>			vd 7.8.3.1 "Sicurezza sul lavoro - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie"				
<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>
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari			Protocollo piano di attività	% >=		34,00%	
							<b>Perf. inter</b>

<b>Sub-Area</b>	<b>1.6</b>	<b><u>GLI SCREENING</u></b>	 <b>100%</b>
-----------------	------------	-----------------------------	--

<b>Settore</b>	<b>1.6.1</b>	<b>Quadro generale e obiettivi comuni</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il sistema di gestione della prevenzione secondaria delle patologie tumorali, pur articolandosi in tre programmi di screening, deve essere inteso e presentato come attività integrata, sia dal punto di vista organizzativo che della partecipazione e valutazione di qualità. Trattandosi di programma a valenza nazionale e regionale, gli obiettivi vengono indicati dal Piano della Prevenzione: la valutazione qualitativa di processo del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali ha evidenziato la efficacia del metodo dell'approccio condiviso e la necessità di una più capillare diffusione dei risultati ai gruppi portatori di interesse.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.1.1</b>	<b>Partecipazione a iniziative e progetti valutativi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale. Avvio del percorso di accreditamento istituzionale			Tutti i debiti informativi sono stati inviati entro i tempi previsti, sia nei confronti della Regione che per quanto riguarda i controlli di qualità in collaborazione con il Registro Tumori. E' iniziato il percorso di accreditamento istituzionale, con la verifica dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici; tale percorso sarà presidiato dal gruppo di coordinamento screening e dall'Ufficio Qualità Aziendale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>C3</b>	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<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>Perf. inter</b>
Evvidenza Attività			PRP	Sì/No		Sì		

<b>Settore</b>	<b>1.6.2</b>	<b>Screening del tumore del collo uterino</b>	 <b>100%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per il 7° 'round' (1.1.2016 - 31.12.2018, salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale) - Continua regolarmente il percorso che condurrà all'avvio, entro il primo semestre, del progetto di riconversione del programma con l'introduzione dell'HPV-test come test di screening primario (secondo le indicazioni regionali) e citologia di 'triage'.			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.2.1</b>	<b>Promozione adesione</b>					 <b>100%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 49 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 50-64 anni, residenti e domiciliate assistite.			Dal 1° giugno 2016 è attivo il nuovo algoritmo, chiamata quinquennale con HPV-test primario e citologia di 'triage', su tutti i 45 Comuni della Provincia (secondo quanto concordato in AVEN) - Per il 2016 è prevista (secondo indicazioni regionali) la chiamata ad HPV-test delle donne in fascia di età 50-64 aa. - Percentuale di adesione regionale di riferimento: 59,9% (AUSL PR: 66,7%).					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>C3</b>	<b>Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 217/2014</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>Perf. inter</b>
Tasso di adesione			P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%	66,70%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>1.6.3</b>	<b>Screening del tumore della mammella</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il risultato di salute da perseguire a lungo termine è la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, attraverso il mantenimento dei risultati raggiunti e l'integrazione dell'offerta a livello provinciale. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, inoltre, si prefigge l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.3.1</b>	<b>Implementazione data base individuale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento tracciato record data base individuale			Consolidamento tracciato data base individuale					
<b>Obiettivi Performance</b>	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<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>Perf. inter</b>
Evidenza tracciato			RIT	Si/No		Si	Si	

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.3.2</b>	<b>Progressione chiamate</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione rivolti alle donne di fascia di età 45 -49 anni (mammografia annuale) e 70 – 74 anni (biennale) domiciliate e residenti. Miglioramento dell'adesione corretta in tutte le fasce di età (ultima rilevazione media: 64,6%).			Estensione degli inviti a tutte le fasce di età residenti e domiciliate. Miglioramento dell'adesione media (ultima rilevazione : scheda puntuale RER al 30/06/2016).					
<b>Obiettivi Performance</b>	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 217/2014 DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Adesione corretta			PRP	% >=		64,60%	66,70%	
Estensione effettiva inviti			PRP	% >=		95,00%	99,40%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.3.3</b>	<b>Rischio ereditario</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Attuare il programma secondo le indicazioni regionali			Attuazione del programma secondo le indicazioni regionali con compilazione scheda anamnestica di tutte le donne presentate.							
<b>Obiettivi Performance</b>	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015						
<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>Perf. inter</b>		
Compilazione scheda anamnestica ereditario/Donne presentate			PRP	% >=		95,00%	95,00%			

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.3.4</b>	<b>Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliera Universitaria e MMG</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Partecipazione al "Programma interaziendale Centro di Senologia" o Breast Unit			Partecipazione al programma interaziendale Centro di Senologia con partecipazione alle riunioni del percorso multidisciplinare e invio delle pazienti al PDT della mammella.							
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 800/2015 DDG 841/2015						
<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>Perf. inter</b>		
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria			Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%	85,00%			

<b>Settore</b>	<b>1.6.4</b>	<b>Screening del tumore del colon retto</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'obiettivo di salute del programma è rappresentato dalla diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione congiunta di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di riduzione delle disuguaglianze dall'altro. La riorganizzazione iniziata lo scorso anno ha determinato una maggiore collaborazione ed integrazione tra tutti gli attori coinvolti ed una maggiore autonomia degli stessi. Il fine ultimo resta quello di porre il centro screening come punto di riferimento per i cittadini. L'intervento, tra l'altro, si avvale dell'importante collaborazione dei MMG e delle associazioni di volontariato con le quali sono stati effettuati degli incontri a carattere distrettuale al fine di promuovere un miglioramento continuo.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.4.1</b>	<b>Progressione chiamate</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Consolidamento dei livelli di estensione ed adesione raggiunti: fascia di età 50/69 anni, sviluppando strategie atte migliorare l'adesione nell'intera provincia.</p>			<p>Nel primo semestre 2016 è stata rispettata la tempistica dei round precedenti, che prevede per gli anni pari l'arruolamento di circa il 60% della popolazione bersaglio. Al 30 giugno 2016 sono stati effettuati circa 24.000 primi inviti procedendo al contemporaneo invio delle lettere di sollecito secondo le modalità e la tempistica previste.</p> <p>I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 31/12/2015 (Inviti al 31/12/2015 Adesione al 31/03/2016) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 79,2 (media RER 93,5%), mentre l'adesione all'invito corretta è stata del 57,1% (media RER 54,2%).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>C3</b>	<b>Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 901/2015</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>Perf. inter</b>
Adesione corretta			PRP	% >=		48,00%		
Estensione effettiva inviti			PRP	% =		80,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.4.2</b>	<b>Equità di accesso</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianze (stranieri).			Nel corso del 2016 non è previsto alcun particolare intervento su determinate categorie svantaggiate di persone (ad esempio la popolazione carceraria coinvolta lo scorso anno). L'adesione tra i domiciliati risulta essere notevolmente inferiore rispetto alla popolazione complessiva, pur essendo quasi in linea con la media regionale. I dati ufficiali inviati dalla regione sono riferiti alla rilevazione puntuale del 31/12/2015 (Inviti al 31/12/2015 Adesione al 31/03/2016) e mostrano: adesione invito corretta 41,2% (RER 42,5%), estensione inviti 77,5% (RER 82,5%).							
<b>Obiettivi Performance</b>	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015						
<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>Perf. inter</b>		
N° FOBT popolazione straniera/lettere inviate			PRP	% >=		75,00%				

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente					
<b>Obiettivo</b>	<b>1.6.4.3</b>	<b>Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Implementazione e sensibilizzazione all'adesione allo screening colon-retto con l'ausilio di un mezzo mobile che sarà presente presso i Comuni della Provincia di Parma. L'utilizzo del mezzo mobile, messo a disposizione dalle Associazioni di Volontariato, è ad integrazione dei centri fissi, attivi con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.			Continua l'attività inerente il progetto "Camper della Prevenzione"; in questo primo semestre sono stati coinvolti i comuni di Fidenza (con la partecipazione dei sindaci del Distretto), Borgotaro e Berceto (nel mese di luglio). L'unità mobile ha svolto attività di sensibilizzazione della popolazione riguardante i corretti stili di vita e le abitudini alimentari: nell'occasione sono stati consegnati i kit per la ricerca del sangue occulto.							
<b>Obiettivi Performance</b>	C3	Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015						
<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>Perf. inter</b>		
N°. Comuni Aderenti			Relazione Resp. Programma	Numero <=		4,00				

<b>Area</b>	<b>2</b>	<b><u>ASSISTENZA OSPEDALIERA</u></b>	 <b>88%</b>
-------------	----------	--------------------------------------	---

<b>Sub-Area</b>	<b>2.1</b>	<b><u>Obiettivi di Presidio Ospedaliero</u></b>
-----------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>2.1.1</b>	<b><u>Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u></b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Sulla base del Decreto del Ministero della Salute che definisce nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera, l'Azienda USL di Parma ha portato a compimento il proprio progetto di ridefinizione del modello organizzativo dei presidi ospedalieri a gestione diretta di Fidenza e di Borgo Val di Taro, che sono stati inquadrati rispettivamente come:</p> <p>Ospedale di base – Borgo Val di Taro;          Ospedale di primo livello – Fidenza.</p> <p>Agli Ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro è stata mantenuta autonomia gestionale (budget ed assegnazione di risorse), ma sono stati organicamente connessi, attraverso il riassetto dei Dipartimenti, da cinque suddivisi per stabilimento ospedaliero, a tre, integrati, di Presidio Ospedaliero Aziendale.</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.1.1</b>	<b>Costituzione degli organismi collegiali esecutivi dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero Aziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La composizione ampiamente rappresentativa dei Comitati di Dipartimento richiede la costituzione di organismi collegiali esecutivi che possano dare effettiva operatività al modello dipartimentale integrato interospedaliero. Per ognuno dei tre dipartimenti, con peculiarità rese necessarie dalla diversa complessità e numerosità dei componenti, sarà costituito un Comitato Esecutivo.</p>			<p>Nel corso del primo semestre del 2016, per il pensionamento del Direttore del Dipartimento Medico di PO Aziendale, la direzione dello stesso è stata affidata al Direttore del Dipartimento di Emergenza - Urgenza e diagnostica. Non è stata ancora affrontata nei Comitati di Dipartimento la composizione di un organo esecutivo.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		<b>Riferimento Normativo</b>	DM 70/2015; DGR 2040/2015			
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			P.O. Aziendale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.1.2</b>	<b>Protocollo di collaborazione tra le direzioni amministrative</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il superamento della struttura dipartimentale amministrativa di Presidio Ospedaliero Aziendale rende necessario predisporre un protocollo di collaborazione tra le direzioni amministrative dei due ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro.			Le Direzioni Amministrative dei due Ospedali hanno iniziato modalità di consultazione informali, per stabilire prassi comuni. Le consultazioni informali non sono ancora state consolidate in regole comuni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<b>Riferimento Normativo</b>	DM 70/2015; DGR 2040/2015.				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		

Settore	2.1.2 DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
	<p>Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere a questo Assessorato i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza.</p> <p>Nel corso del 2016 Il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per questo Assessorato.</p> <p>Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza</p> <p>Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori. Sviluppare il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti... (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3. Assistenza Ospedaliera, pag.24)</p>

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.1</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2016 il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per l'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali.</p> <p>Il Progetto prevede fin da subito l'individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa. Il piano prevede l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. E' prevista una deliberazione regionale per l'omogeneizzazione dei criteri in tutte le aziende Sanitarie del territorio regionale .</p>			<p>Il progetto è stato seguito e si è partecipato agli incontri specifici di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), all'uopo organizzati dall'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali e con il RIT aziendale per quanto concerne l'informatizzazione delle agende di prenotazione. L'ufficio sede dell'attività di monitoraggio e controllo dei tempi di attesa è l'Ufficio DRG del Presidio Ospedaliero aziendale, presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	<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>Perf. inter</b>
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (entro la classe di priorità segnalata)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Confronto dei % volumi Sigla –SDO (entro fine 2016)			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
Individuazione del Responsabile Unico aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016			Atti Dir San	Si/No		Si		
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa			Atti direzione sanitaria	Si/No		Si		
Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.2</b>	<b>Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nell'ambito delle prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono individuate quelle che sono erogate negli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale, con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna.			Tra le prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono state individuate quelle erogate presso gli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale; con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna, ne sono stati calcolati retrosettivamente i tempi di attesa e si è proceduto ad una loro analisi ed aggiornamento, che ha portato ad una riduzione dei tempi di attesa inizialmente stimati.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	<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>Perf. inter</b>
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore all'utero (entro 30 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore del colon-retto (entro 30 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore della prostata (entro 30 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per la protesi d'anca (entro 180 gg)			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.3</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - completamento del riordino della rete ospedaliera, indicazioni DGR 2040/2015</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere all'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità. In particolare dovrà essere completato il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015.</p>			<p>Un documento in bozza, contenente le proposte da sottoporre alla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, è stato redatto e sottoposto alla valutazione dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Il passaggio in CSST è previsto entro il mese di ottobre 2016.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)			Atti Dir. San.	Si/No		Si		
Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)			Atti Dir. San.	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.4</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DGR n. 463/2016 Conversione in regime ambulatoriale day hospital oncologici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso dell'anno 2016 dovrà essere data piena applicazione ai contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia- Romagna". Su questo tema le Aziende devono far pervenire entro Ottobre 2016 alla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare le modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016.			In entrambi gli Ospedali del PO Aziendale è stata condotta l'istruttoria per il passaggio della gran parte delle attività di day hospital oncologico in regime di day service. Le azioni ancora da completare concernono gli adeguamenti dei supporti informatici e la realizzazione dell'UFA interaziendale. Si sta procedendo inoltre alle consultazioni per costruire le modalità di concentrazione degli interventi sulla mammella presso la Breast Unit dell'AOUPR.					
<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>Perf. inter</b>
Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016 entro il 2016			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.5</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, occorre perseguire il rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati.			Gli andamenti del primo semestre sono congruenti con gli obiettivi di produzione necessari per raggiungere i valori soglia					
<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>Perf. inter</b>
colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore			specifico flusso di riferimento	Numero >=		70,00		
numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Fidenza all'anno			specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.6</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. Definizione di criteri omogenei a livello di rete ospedaliera provinciale per il trasferimento di interventi chirurgici erogati in regime ordinario day-surgery al regime ambulatoriale.			Il Coordinatore Aziendale dei Controlli Sanitari sta valutando con le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate della rete provinciale, criteri omogenei per concordare le tipologie di interventi chirurgici trasferibili dai regimi di ricovero ordinario e diurno ai regimi ambulatoriali.					
<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>Perf. inter</b>
Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 (rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Numero <=				
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario (griglie LEA)			specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,21		
Concentrazione degli interventi chirurgici per neoplasie della mammella presso la Breast Unit di Azienda Opsedaliero-Universitaria di Parma ed Accordo per la mobilità dei professionisti e dei pazienti dei pazienti dall'Ospedale di Fidenza all'Hub prov.			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		
Relazione del Responsabile Aziendale dei Controlli Sanitari			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.7</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>....Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale..(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero, pag.27)</p>			<p>Il sistema dei Cruscotti Provinciali dei ricoveri in acuzie (Ricoveri diretti da PS di AOUPR ed AUSL agli Ospedali Privati Accreditati) e dei ricoveri psichiatrici (Utilizzo dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia) sono stati mantenuti ed aggiornati, incrementando i volumi.</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>Perf. inter</b>
contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)			Atti Dir. San.	Si/No		Si		
piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso			Atti Dir. San.	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.8</b>	<b>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna. L'Azienda capofila per il territorio di Parma e Piacenza è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. L'AUSL di Parma partecipa al gruppo di lavoro permanente ed attua i dispositivi di carattere interprovinciale, a livello del Presidio Ospedaliero Aziendale.			I Gruppi di Lavoro interaziendali STAM e STEN sono in fase di avanzata elaborazione dei rispettivi documenti, con la partecipazione dei componenti designati dall'AUSL di Parma.					
<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>Perf. inter</b>
Entro fine 2016 delibera in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		
Partecipazione al gruppo di lavoro permanente interprovinciale coordinato da AOU PR			Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.9</b>	<b>Attività trasfusionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori. Il quadro normativo cui si fa riferimento è il seguente: DM 70/2015, Delibera 2040/2015 ed il SM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" In particolare il DM 2/11/2015 focalizza l'attenzione in modo puntuale su elementi relativi alla sicurezza del paziente, con particolare riferimento a strumenti organizzativi ed informatici che riducano il rischio di errore ABO. E' mandatario poi continuare a garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta a fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emeocomponenti. L'AUSL di Parma partecipa al sistema sangue provinciale con i propri ospedali dotati di frigoemoteca.</p>			<p>Gli Ospedali a diretta gestione dell'AUSL di Parma si sono dotati quasi al completo dei braccialetti identificativi dei pazienti, sia ai fini generali della sicurezza, sia per lo specifico delle nuve norme che regolano le modalità di effettuazione in sicurezza della trasfusione di sangue.</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>Perf. inter</b>
Attività di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica del sistema sangue regionale e locale ed estendere l'accesso alla donazione su prenotazione			Atti Dir. San.	Si/No		Si		
Effettuare prelievi di sangue che persistono nelle diverse sedi dell'Area Vasta Nord è necessario che siano tipizzati entro e non oltre 15 gg			Atti Dir. San.	Si/No		Si		
Smaltire le liste di attesa presenti in Regione con il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Bologna AOSP			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
braccialetto identificativo del paziente (applicare quanto previsto nel DM 2/11/2015)			Atti Dir. San.	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.1.2.10</b>	<b>Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'Azienda USL di Parma partecipa al sistema regionale DONOR-ACTION con una attività di procurement di tessuti e con l'attività di prelievo di cornee. E' individuato un coordinatore locale per le predette attività, che svolge anche direttamente le attività di prelievo di cornee.			Il Coordinatore locale dell'AUSL di Parma sta perseguendo in modo coerente ed adeguato gli obiettivi assegnati dal "Donor Action".					
<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>Perf. inter</b>
Sviluppo percorsi aziendali per raggiungimento di un num di donazioni multi-tessuto >=2%(anno prec.) con età compresa tra i 15 e 78 anni (come da indicazioni CRTER)			P.O. Aziendale	Si/No		Si		
Report con percorso aziendale d'identificazione in PS e successivo monitoraggio di tutti i pz con lesioni cerebrali severe in reparti non intensivi da trasmettere(CRTER)			P.O. Aziendale	Si/No		Si		
Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)			P.O. AZIENDALE	Si/No		Si		
Sviluppo di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un umero di donazioni di cornee pari all'obiettivo regionale con età compresa tra 3 e 80 anni			P.O. AZIENDALE	Si/No		Si		

<b>Sub-Area</b>	<b>2.2</b>	<b><u>Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</u></b>	 <b>88%</b>
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>2.2.1</b>	<b><u>Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata</u></b>	 <b>88%</b>
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alla Politica del Farmaco a cui si dovranno attenere tutti i Dipartimenti, si rimanda allo specifico capitolo del Piano Azioni (Cap. 5.4).

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	2.2.1.1	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici					 84%	
Descrizione			Rendicontazione					
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica			<p>A Fidenza, nel corso del primo semestre, l'indice di performance delle prestazioni programmate è stato del 98% e quello delle urgenze differibili del 54%.            A Borgotaro, l'indice di performance è stato del 98% per le prestazioni programmabili e del 75% per quelle urgenti differibili.            Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 98% per le prestazioni programmabili e del 62% per quelle urgenti</p>					
Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Indice di Performance prestazioni programmabili			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	98,00%	100,00%
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	62,00%	69,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.2</b>	<b>Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Potenziamento dell'utilizzo dei supporti informatici alle attività cliniche ambulatoriali e di degenza.			Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata rispetto a tutte le prescrizioni di prenotazioni CUP è pari al 99%. Si precisa che i dati CUP fanno riferimento a tutte le ricette associate a prenotazioni fatte in tutta la provincia dal 01/01/2016 al 30/06/2016 e nel conteggio sono comprese sia le ricette dematerializzate che quelle cartacee. Questi dati sono da considerarsi come una "approssimazione" del prescritto reale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015			
<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>Perf. inter</b>
Utilizzo programma ricette dematerializzate/rispetto a tutte le prenotazioni			RIT	% >=	40,00%	50,00%	99,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	2.2.1.3	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici					 50%	
Descrizione			Rendicontazione					
Applicazione del progetto complessivo di ristrutturazione del Pronto Soccorso, con particolare riferimento all'organizzazione delle attività durante l'intervento strutturale			Nel corso del primo semestre, è stato garantito il regolare svolgimento delle attività durante la prima fase di ristrutturazione del Pronto Soccorso e sono state ridefinite le modalità organizzative idonee a consentire il percorso successivo di ristrutturazione. La predisposizione del protocollo di gestione delle attività radiologiche in urgenza è in corso.					
Obiettivi Performance	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	Riferimento Normativo	Decreto Ministero della Salute 31 gennaio 2014				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Continuità assistenziale nel corso della ristrutturazione			U.O. di Pronto Soccorso	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%
Predisposizione protocollo di gestione attività radiologica in urgenza			Atti P.O.	Si/No =	Si	Si	No	0,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	2.2.1.4	Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici					 67%	
Descrizione			Rendicontazione					
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni decentrate a livello di singolo ospedale.			Nel corso del primo semestre sono stati convocati ed attuati n° 3 Comitati di dipartimento, nelle date: 04-02-2016; 27-04-2016; 06-07-2016					
Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Numero di Comitati di dipartimento convocati e attuati			Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	2,00	67,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.5</b>	<b>Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi Diagnostici</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei Comparti Operatori del PO aziendale			Per la riorganizzazione dei Comparti Operatori aziendali sono stati attivati due progetti con finalità differenti ma intersecantisi tra loro. In particolare uno, affidato ad una Ditta di consulenza esterna (Valeocon) ha la finalità fornire indicazioni in ordine alla ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie attraverso alcuni correttivi da apportare alle criticità emerse dalla fase analitica. Il secondo progetto ha la finalità di implementare un sistema informatizzato di gestione del percorso chirurgico globalmente inteso, dal momento di inserimento in lista d'attesa fino all'intervento chirurgico e refertazione dello stesso su registro operatorio attraverso la programmazione della sala operatoria. Sono stati formalizzati 2 gruppi di lavoro con nota prot. n. 313 del 05/01/2016 (Valeocon) e con mail del 26/02/2016 (percorso chirurgico)					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<b>Riferimento Normativo</b>	L 30 ottobre 2014, n° 161				
<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>Perf. inter</b>
		Attivazione gruppo di lavoro (VALEOCON)	Direzione PO	Si/No =	Si		Si	100,00%
		Attivazione gruppo di lavoro informatizzazione	Direzione PO	Si/No =	Si		Si	100,00%
		Documento di riorganizzazione (VALEOCON)	Direzione PO	Si/No =		Si		
		Documento di riorganizzazione Informatizzazione	Direzione PO	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	2.2.1.6	Dipartimento Medico						67%
Descrizione			Rendicontazione					
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni decentrate a livello di singolo ospedale.			Nel corso del primo semestre sono stati convocati ed attuati n° 2 Comitati di Dipartimento					
Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Numero di Comitati di dipartimento convocati e attuati			Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	2,00	67,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	2.2.1.7	Dipartimento Medico						86%
Descrizione			Rendicontazione					
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale			A Fidenza, nel corso del primo semestre, l'indice di performance delle prestazioni programmate è stato del 98% e quello delle urgenze differibili del 62%. A Borgotaro, l'indice di performance è stato del 98% per le prestazioni programmabili e del 65% per quelle urgenti differibili. Complessivamente, pertanto, l'indice di performance del Dipartimento è del 98% per le prestazioni programmabili e del 64% per quelle urgenti					
Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Indice di Performance prestazioni programmabili			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	98,00%	100,00%
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili			portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	64,00%	71,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.8</b>	<b>Dipartimento Medico</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Valutazione di fattibilità per lo sviluppo delle funzioni di Day Service Ambulatoriale con riconversione attività oncologiche eseguite in regime di DH in Day Service			Nel corso del primo semestre è stato avviato il percorso di valutazione dell'esistente e di analisi delle indicazioni regionali in materia ed è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro.							
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015						
<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>Perf. inter</b>		
Predisposizione di documento di valutazione della fattibilità della riconversione			Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.9</b>	<b>Dipartimento Medico</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Potenziamento dell'utilizzo dei supporti informatici alle attività cliniche ambulatoriali e di degenza.			Sulla base dei dati forniti dal Servizio RIT aziendale, l'utilizzo del programma della ricetta dematerializzata rispetto a tutte le prescrizioni di prenotazioni CUP è pari al 100%. Si precisa che i dati CUP fanno riferimento a tutte le ricette associate a prenotazioni fatte in tutta la provincia dal 01/01/2016 al 30/06/2016 e nel conteggio sono comprese sia le ricette dematerializzate che quelle cartacee. Questi dati sono da considerarsi come una "approssimazione" del prescritto reale.							
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015						
<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>Perf. inter</b>		
Utilizzo programma ricette dematerializzate			RIT	% >=	40,00%	50,00%	100,00%	100,00%		



100%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.10</b>	<b>Dipartimento Medico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico .			Nel corso del primo semestre, sono stati individuati i PDTA oggetto di omogeneizzazione di livello dipartimentale: PDTA oncematologico e PDTA Stroke. Sono stati formalizzati i gruppi di lavoro e convocati incontri specifici. Nel corso del primo semestre è stato attivato dall'Ufficio qualità un Audit interno di verifica sulla base della organizzazione di rete qualità/accreditamento preesistente alla dipartimentalizzazione; il percorso di omogeneizzazione verrà quindi avviato nel secondo semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<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>Perf. inter</b>
	Omogeneizzazione di almeno due procedure/PDTA di livello dipartimentale		Direttore Dipartimento	Si/No =		Si		
	Ridefinizione ed omogeneizzazione della rete dipartimentale dei Referenti qualità/accreditamento		Direttore Dipartimento	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.11</b>	<b>Dipartimento Chirurgico</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale, con particolare riferimento alla convocazione di 6 Comitati di Dipartimento, comprese le riunioni effettuate a livello di singolo ospedale.			Nel corso del primo semestre sono stati convocati n° 3 Comitati di Dipartimento nelle date: 21-01-2016; 11-02-2016; 21-04-2016"					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 199 del 25/2/2013				
<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>Perf. inter</b>
	Numero di Comitati di dipartimento convocati e attuati		Direzione Dipartimento	Numero >=	3,00	6,00	3,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.12</b>	<b>Dipartimento Chirurgico</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Organizzazione di percorsi locali e di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico, a garanzia del rispetto della normativa europea in tema di orario di lavoro			I Dirigenti Medici di area chirurgica di Fidenza hanno concorso alla copertura dei turni di guardia notturna e festiva presso la sede di Borgotaro come da calendari mensili della turnistica in atti presso il Servizio Presenze della sede stessa.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<b>Riferimento Normativo</b>	L 30 ottobre 2014, n° 161				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza dell'integrazione relativa alla organizzazione dei turni di guardia di area dipartimentale chirurgica a Borgotaro.			Direttore Dipartimento	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.13</b>	<b>Dipartimento Chirurgico</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Riorganizzazione e coordinamento complessivo del percorso di accesso alla Procreazione Medicalmente Assistita, anche in rapporto a percorsi con il centro HUB.			E' stato definito, attraverso scambio di corrispondenza con AOSP di Parma, un percorso di formazione ed addestramento di un Dirigente biologo della UOS di Patologia clinica di Fidenza. L'elaborazione di un protocollo organizzativo complessivo è in corso.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta RER – 26/1/2015				
<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>Perf. inter</b>
Coordinamento complessivo della funzione, anche rispetto alla funzione di laboratorio, in convenzione con AOSP			Atti P.O. Aziendale	Si/No	Si	Si	Si	100,00%
Elaborazione di protocollo organizzativo complessivo			Atti P.O. Aziendale	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.1.14</b>	<b>Dipartimento Chirurgico</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei Comparti Operatori del PO aziendale			Per la riorganizzazione dei Comparti Operatori aziendali sono stati attivati due progetti con finalità differenti ma intersecantisi tra loro. In particolare uno, affidato ad una Ditta di consulenza esterna (Valeocon) ha la finalità fornire indicazioni in ordine alla ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie attraverso alcuni correttivi da apportare alle criticità emerse dalla fase analitica. Il secondo progetto ha la finalità di implementare un sistema informatizzato di gestione del percorso chirurgico globalmente inteso, dal momento di inserimento in lista d'attesa fino all'intervento chirurgico e refertazione dello stesso su registro operatorio attraverso la programmazione della sala operatoria. Sono stati formalizzati 2 gruppi di lavoro con nota prot. n. 313 del 05/01/2016 (Valeocon) e con mail del 26/02/2016 (percorso chirurgico)					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<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>Perf. inter</b>
Attivazione gruppo di lavoro (VALEOCON)			Direzione PO	Si/No =	Si		Si	100,00%
Attivazione gruppo di lavoro informatizzazione			Direzione PO	Si/No =	Si		Si	100,00%
Documento di riorganizzazione (VALEOCON)			Direzione PO	Si/No =		Si		
Documento di riorganizzazione Informatizzazione			Direzione PO	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente						
Obiettivo	2.2.1.15	Dipartimento Chirurgico									85%
Descrizione			Rendicontazione								
Governo dei tempi di attesa per intervento chirurgico in priorità A			I tempi di attesa rilevati su dati retrospettivi (SDO) dalla RER per i primi 5 mesi dell'anno 2016 (ultimo dato disponibile) evidenziano per interventi chirurgici in priorità A il rispetto dei 30 giorni di attesa nell'85% dei casi.								
Obiettivi Performance	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Riferimento Normativo								
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter			
Tempo di attesa per intervento chirurgico in priorità A			Direzioni Mediche di Ospedale	% =	100,00%	100,00%	85,00%	85,00%			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi						
Obiettivo	2.2.1.16	Dipartimento Chirurgico									
Descrizione			Rendicontazione								
Definizione di percorsi di integrazione in ambito di Presidio unico a garanzia della continuità assistenziale e dell'equità di accesso, attraverso l'organizzazione di interventi di chirurgia di elevata complessità per patologia neoplastica, presso la sede ospedaliera dotata di Terapia Intensiva rianimatoria.			Nel corso del primo semestre non vi sono stati casi di complessità elevata tale da essere espletati presso la sede di Fidenza.								
Obiettivi Performance	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Riferimento Normativo	DGR 2040/2015							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter			
Evidenza documentale			Dip. Chirurgico	Sì/No		Sì					

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
Obiettivo	2.2.1.17	Dipartimento Chirurgico				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
Compilazione check list di sicurezza in tutti gli interventi chirurgici in elezione			Nel corso del primo semestre, presso tutte le sale operatorie dei comparti operatori del Presidio Ospedaliero sono state compilate le check list per tutte le sedute elettive.					
Obiettivi Performance	D6	Adozione della check list di sicurezza della sala operatoria	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Copilazione della check list di sicurezza in tutti gli interventi non inseriti come "Urgenza" nel registro opera			Direzioni Mediche di Ospedale	% >=	70,00%	95,00%	70,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>2.2.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub &amp; spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete. Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>2.2.2.1</b>	<b>Parto - Percorso Nascita</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Garantire assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)			Non sono attualmente disponibili dati ricavabili dal flusso CedAP relativi all'anno 2016. Il dato è a rilevazione annuale.					
<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>Perf. inter</b>
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per SPOKE (valore medio degli spoke con numero parti >1.000)			specifico flusso di riferimento	% <=		6,50%		
Percentuale di tagli cesarei primari per SPOKE			specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno			specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) per SPOKE con numero parti <1.000			specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		
Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		

<b>Area</b>	<b>3</b>	<b><u>ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE</u></b>	 100%
<b>Sub-Area</b>	<b>3.1</b>	<b><u>L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u></b>	 100%
<b>Settore</b>	<b>3.1.1</b>	<b><u>Obiettivi generali</u></b>	 100%
		<b>Finalità ed obiettivi delle azioni 2016</b>	<b>Indicazione sintetica della situazione attuale</b>
<p>Le linee di sviluppo delle attività ospedaliere, sia di degenza che ambulatoriali, nel 2016, dovranno mantenere ed incrementare il forte orientamento a razionalizzare i rapporti di collaborazione, sia nei sistemi di rete hub / spoke, sia nell'erogazione coordinata delle funzioni di base, per il bacino d'utenza provinciale.</p> <p>Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza, si continuerà la riconversione di attività nel setting più appropriato di assistenza.</p> <p>Il miglioramento dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati resta obiettivo complessivo di sistema provinciale, tenendo conto anche della funzione complementare del privato accreditato, che svolge un ruolo importante sui tre ambiti dell'accesso al ricovero in urgenza (Cruscotto), dell'erogazione di prestazioni di ricovero ad alta domanda (interventi chirurgici con liste d'attesa critiche) e nell'ambito della post acuzie . Delle precedenti premesse dovrà farsi carico l'Accordo contrattuale di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.</p>			

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.1</b>	<b>Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2016</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Aggiornamento, condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2016 .			Per aggiornare l'Accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma si è attesa l'approvazione della DGR che ratifica le linee di programmazione e finanziamento annuali per le aziende del Servizio Sanitario Regionale, avvenuta in data 28 giugno (DGR 1003/2016), a fine semestre. L'aggiornamento, sulla base dei nuovi obiettivi regionali, sarà fatto nel 2° semestre. La nuova "Consulta Provinciale Sangue" è stata insediata il 23 marzo 2016.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Generale	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.2</b>	<b>Gestione interaziendale del Cruscotto per i ricoveri in acuzie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Gestione integrata, tra le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Usl, delle disponibilità e dell'effettivo utilizzo del Cruscotto provinciale del ricovero in acuzie (ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOU di Parma agli Ospedali Privati Multispecialistici) .			La gestione integrata del "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie" ha dato un contributo determinante per far fronte ai picchi di richieste di ricovero al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, nel primo semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Report direzioni sanitarie			Direzioni sanitarie	Si/No	Si	Si	Si	100,00%



100%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.3</b>	<b>Destinazione di posti letto di lungodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockes nell'Azienda Ospedaliera di Parma			Nel contratto di fornitura stipulato con la Casa di Cura Privata Accreditata Città di Parma, il numero dei posti letto di Lungodegenza Post - Acuzie riservati ai pazienti inviati dall'Azienda Ospedaliera - Universitaria di Parma è stato aumentato di due, passando da 7 a 9.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.1.1.4</b>	<b>Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Collaborazione strutturata tra le Direzioni Sanitarie di AOU di Parma ed AUSL di Parma, con l'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e con le associazioni del Volontariato del Sangue, per le attività di committenza del Sistema sangue Provinciale, attraverso gli organismi collegiali provinciali di coordinamento (COBUS Interaziendale e Consulta Sangue Provinciale).			Il COBUS INTERAZIENDALE si è riunito il 31 marzo ed il 29 giugno 2016, per affrontare il tema dell'attuazione del DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale: Verbali riunioni			Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>3.2</b>	<b>Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</b>
-----------------	------------	--

<b>Settore</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Obiettivi generali</b>
----------------	--------------	---------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	Area Performance	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.1</b>	<b>Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta ed istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il consolidamento ed il potenziamento delle attività già avviate nell'anno 2015 avrà il naturale sviluppo con l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale			La costituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale è stata rallentata dalla necessità di revisione del Regolamento. La distribuzione dei farmaci presso il Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta ha registrato un incremento dell'importo totale, da 12.193.523,41 del 1° semestre 2015 a 15.521.254,58 del 1° semestre 2016. Tale incremento è stato quasi completamente determinato dall'aumento dell'importo per farmaci per l'Epatite C .					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e d extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.2</b>	<b>Sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento delle strutture / attività già realizzate ed ulteriore implementazione del progetto.			Nel semestre sono state realizzate le seguenti azioni: a) Conferma dell'incarico di Direzione ed istruttoria per la costituzione di una struttura di coordinamento collegiale; b) formazione, a livello dei distretti, dei DCP, dei Nuclei delle Cure Primarie e delle Case della Salute; c) informazione sulle nuove modalità erogative delle prestazioni ambulatoriali complesse: day service ambulatoriale, anche in alternativa dei day hospital; d) valutazione delle possibilità di riorientamento delle degenze, CON ATTRIBUZIONE DI MISSION DIFFERENZIATE; E) AVVIO DELLA STRUTTURAZIONE DELLA NEUROLOGIA TERRITORIALE, CON SEDE PRINCIPALE PRESSO LA CASA DELLA SALUTE DI VIA PINTOR.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.3</b>	<b>Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Copertura dell'incarico di Responsabile della UOS Dipartimentale di Patologia Clinica dell'Ospedale di Fidenza, attraverso l'affidamento ad un Dirigente Medico in comando dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Razionalizzazione di percorsi diagnostici integrati di rete.			Il comando del Dirigente Medico proveniente dall'AOUPR è stato prorogato fino al 31.12.2016, con conferma dell'attribuzione della Responsabilità della Struttura Semplice Dipartimentale di Patologia clinica. Le due Strutture Semplici Dipartimentali di Fidenza e Borgo Val di Taro hanno continuato il percorso di omogeneizzazione delle modalità operative e delle metodologie analitiche.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.4</b>	<b>Sviluppo di percorsi interaziendali per l'insufficienza renale cronica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Gestione dell'affidamento al nuovo gestore della fornitura in service dei trattamenti dialitici extracorporei, comprensiva degli approvvigionamenti e dei magazzini presso i Centri Dialisi ad Assistenza Limitata, affidati all'AUSL di Parma, nell'ambito del PDTA interaziendale per la prevenzione ed il controllo della progressione della Malattia Renale Cronica. Direzione dell'esecuzione del contratto, a cura di Dirigente Medico della Direzione Sanitaria Aziendale dell'AUSL di Parma.</p>			<p>Nel marzo 2016 si è completata la presa in carico aziendale della gestione dei Centri Dialisi territoriali e l'affidamento del service dei trattamenti dialitici alla nuova ditta aggiudicataria, previo subentro dell'AUSL nella titolarità degli stessi, come da autorizzazioni rilasciate dai corrispondenti Comuni.</p> <p>Diversamente dal passato, il nuovo service comprende i soli trattamenti dialitici e la gestione dell'approvvigionamento dei magazzini per quanto riguarda il materiale richiesto dalle apparecchiature dialitiche, vale a dire filtri, linee, concentrati. Tutto il restante materiale sanitario ora è di competenza del Servizio Farmaceutico.</p> <p>E' stato pertanto necessario, in contraddittorio con ATI Dialpoint, l'inventario del materiale da essa fornito, degli arredi e di tutti gli impianti. I vari servizi ( SAT, logistica, ingegneria clinica, acquisizioni ecc.) si sono attivati per quanto di loro competenza. In tutti i Centri Dialisi aziendali sono state sostituite tutte le apparecchiature dialitiche ed il personale sanitario è stato formato al loro utilizzo. L'addestramento, grazie alla collaborazione fattiva di tutti gli infermieri, si è completato in tempi molto brevi, evitando ai pazienti ogni possibile disagio.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.2.1.5</b>	<b>Sviluppo di un modello organizzativo per la individuazione e realizzazione di percorsi in area riabilitativa</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Revisione del progetto ed avviamento di ambiti strutturati di collaborazione, in particolare per quanto attiene ai rapporti tra Azienda Ospedaliera di Parma e Distretto di Parma.			Il primo semestre ha visto la ripresa dei lavori istruttori propedeutici alla realizzazione dei percorsi integrati, di area riabilitativa, tra l'AOUPR di Parma e l'AUSL di Parma.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>3.3</b>	<b><u>Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u></b>	 100%
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>3.3.1</b>	<b><u>Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u></b>	 100%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.1</b>	<b>Casa di Cura "Città di Parma"</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, nei limiti del budget concordato.			Nel primo semestre dell'anno in corso l'Ospedale Privato Città di Parma ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 218 dimessi dopo ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza del cruscotto			Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.2</b>	<b>Casa di Cura "Città di Parma"</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Conferma della chiusura del punto nascita e delle riconversioni/incrementi produttivi concordati con il protocollo d'intesa di cui alla Deliberazione n. 428 del 15.07.2014.			La chiusura del Punto Nascita è stata confermata, orientando l'attività della disciplina codice 037 in ambito ginecologico. Nel contratto di fornitura, repertoriato in data 28.06.2016, all'art. 2, viene previsto un importo finalizzato ad incrementare la produzione nei DRGs della MDC 8, per interventi di chirurgia ortopedica soggetti ad elevata mobilità passiva ed a lunghi tempi d'attesa, con la precisazione che il relativo importo assorbe anche i valori pattuiti in relazione al superamento del punto nascite.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A4	Adeguamento della rete dei punti nascita	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.3</b>	<b>Casa di Cura "Città di Parma"</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Riserva di 7 posti letto di lungodegenza per i trasferimenti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.			Nel Contratto di Fornitura, all'art. 3, punto 2.3, viene pattuito l'incremento da 7 a 9 dei posti letto codice 60 (LDPA) da riservare a pazienti trasferiti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, in degenza post - acuta.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualficazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.4</b>	<b>Hospital Piccole Figlie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma/Ospedale di Vaio all'interno del budget di struttura.			Nel primo semestre dell'anno in corso l'Ospedale Privato Hospital Piccole Figlie ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 81 dimessi dopo ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Il contratto di fornitura è stato inviato, ma la richiesta di modifiche non sostanziali ha fatto rinviare la firma al 2° semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.5</b>	<b>Val Parma Hospital</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Conferma della partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie e remunerazione dei ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma all'interno del budget di struttura.			Nel primo semestre dell'anno in corso l'Ospedale Privato Val Parma Hospital ha partecipato al "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie", per un totale di 121 dimessi dopo ricoveri diretti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. L'accordo sul cruscotto è stato recepito dal testo del contratto di fornitura, inviato entro il semestre, ma ancora da perfezionare attraverso la repertoriazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.6</b>	<b>Val Parma Hospital</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra			L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva (con piano individuale redatto da Medico Fisiatra) è stato recepito dal testo del contratto di fornitura, inviato entro il semestre, ma ancora da perfezionare attraverso la repertoriazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.7</b>	<b>Villa Maria Luigia</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza afferente all'Azienda USL di Parma, con il governo del DAISM ("Cruscotto provinciale dei ricoveri psichiatrici").			L'accordo sull'utilizzo integrato, in rete provinciale, dei posti letto individuati per le esigenze del bacino d'utenza dell'AUSL di Parma, con il governo del DAISM, nell'ambito del "Cruscotto Provinciale per la Psichiatria", è stato recepito dal testo del contratto di fornitura, inviato entro il semestre, ma ancora da perfezionare attraverso la repertoriazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatra	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.8</b>	<b>Villa Igea</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Conferma della messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto cod. 56 e cod. 60, per trasferimenti di ricoverati da posti letto per acuti, con priorità di utilizzo per l'Ospedale di Fidenza.			L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva cod. 56 ed estensiva cod. 60, per trasferimento da posti letto per acuti, con priorità per l'Ospedale di Fidenza, è stato recepito dal testo del contratto di fornitura, inviato entro il semestre, ma ancora da perfezionare attraverso la repertoriazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi				
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.9</b>	<b>Centro Cardinal Ferrari</b>							 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Utilizzo in rete provinciale di 6 posti letto codice 75 Valutazione e trattamento del dolore nel 100% dei casi.			L'accordo sull'utilizzo dei posti letto GRACER è stato ratificato dal contratto di fornitura, repertoriato il 28.06.2016. Negli accessi per i controlli sanitari SDO - Cartella Clinica viene fatta la verifica della valutazione e del trattamento del dolore.						
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>	
Evidenza scheda dolore compilata in cartella			Atti Direzione saniatría	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì	Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.3.1.10</b>	<b>Centro Don Gnocchi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva.			L'accordo sull'utilizzo in rete dei posti letto di riabilitazione intensiva cod. 56 ed estensiva cod. 60, per trasferimento da posti letto per acuti, con priorità per l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e per l'Ospedale di Fidenza, è stato recepito dal testo del contratto di fornitura, inviato entro il semestre, ma ancora da perfezionare attraverso la repertoriazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>3.4</b>	<b><u>Monitoraggio della mobilità passiva</u></b>	 100%
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>3.4.1</b>	<b><u>Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u></b>	 100%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	Area Performance	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.4.1.1</b>	<b>Monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione periodica dell'andamento della mobilità passiva, a confronto con la produzione delle strutture ospedaliere della rete pubblica e privata accreditata provinciale, ai fini di evidenziazione precoce di variazioni meritevoli di azioni correttive.			La valutazione della mobilità passiva è stata prioritariamente focalizzata sulla fuga verso strutture di altre province della regione. I flussi di mobilità di compensazione extraregionale sono infatti molto in ritardo, per problemi di livello nazionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>3.5</b>	<b>Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</b>	
			100%

<b>Settore</b>	<b>3.5.1</b>	<b>Inquadramento generale</b>	
			100%

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	Area Performance	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.1</b>	<b>Controlli anagrafici e di residenza</b>						
			100%					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attuazione dei controlli anagrafici/di residenza sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione Emilia-Romagna, con il rispetto dei termini di contestazione.			I controlli anagrafici/di residenza sono stati effettuati sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione, nei termini previsti per le contestazioni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DM Salute 10/12/2009 pubblicato su GU n.122 27/5/2010				
<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>Perf. inter</b>
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale			Atti Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.2</b>	<b>Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione analizzabile nel 2015 degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, anche ai fini di valutazione qualitativa, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, con l'utilizzo di: -Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; -Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico.			I controlli sugli ospedali privati accreditati siti in provincia di Parma sono stati realizzati su campioni estratti nelle percentuali di legge da banca dati regionale, costituendo i nuclei ispettivi in composizioni adeguate ad una valutazione su piani differenziati, comprendenti sia ambiti di approfondimento organizzativi, sia analisi con contenuti specifici professionali. Sono stati fatti approfondimenti specifici di singoli casi segnalati.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 354/2012				
<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>Perf. inter</b>
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale			Database regionale "Portale controlli"	Si/No	Si	Si	Si	100,00%
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati			Database regionale "Portale controlli"	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>3.5.1.3</b>	<b>Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione analizzabile nel 2015 sugli ospedali pubblici a gestione diretta, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, anche al fine del miglioramento della qualità, con l'utilizzo di: - Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici; - Personale sanitario e tecnico delle Direzioni mediche degli Ospedali e delle Strutture Distrettuali dell'AUSL; - Personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale, per l'ambito psichiatrico			Le valutazioni effettuate sugli ospedali direttamente gestiti si sono poste l'obiettivo di superare il mero rispetto delle percentuali di legge, per costruire un positivo confronto con le strutture ed i loro professionisti, ai fini di individuare prospettive di miglioramento.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 354/2012				
<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>Perf. inter</b>
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale			Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	100,00%
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati			Database regionale "Portale controlli"	Si/No		Si		

<b>Area</b>	<b>4</b>	<b><u>AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</u></b>		 100%
<b>Sub-Area</b>	<b>4.1</b>	<b><u>AREA TRASVERSALE</u></b>		 100%
<b>Settore</b>	<b>4.1.1</b>	<b><u>Obiettivi generali</u></b>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016			Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Lo scenario attuale è caratterizzato da una parte dall'aumento costante dei problemi legato all'invecchiamento della popolazione e in generale al tema della non autosufficienza, alle crescenti difficoltà delle famiglie con minori e al disagio giovanile, al tema delle nuove povertà, alle complesse problematiche reattive all'immigrazione, dall'altra dalla severa riduzione delle risorse a disposizione sia degli Enti che dei cittadini, in un contesto istituzionale e organizzativo complesso e in trasformazione. Negli ultimi anni emerge, inoltre, il tema drammatico della violenza sulle donne, particolarmente sul versante domestico e della violenza sui minori, diretta e assistita. In tale quadro gli obiettivi di integrazione socio sanitaria sul piano istituzionale, organizzativo e professionale diventano obbligatori per assicurare risposte efficaci ai bisogni delle persone e utilizzo ottimale delle risorse. Nel 2016 gli obiettivi principali che si intendono perseguire sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rafforzamento del Gruppo per l'Integrazione quale strumento tecnico a supporto della CTSS e luogo di confronto e condivisione di linee e progettualità;</li> <li>2) sviluppo dell'equità di accesso ai servizi socio sanitari mediante la qualificazione ed omogeneità dei criteri di valutazione delle UVG/UVM e la condivisione di criteri di priorità;</li> <li>3) miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio;</li> <li>4) sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;</li> <li>5) sviluppo di programmi di prevenzione per anziani fragili;</li> <li>6) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza, nonché sviluppo e consolidamento del Centro per il cambiamento degli uomini violenti;</li> <li>7) prosecuzione, in stretta interazione con lo Spazio Salute Immigrati e in collaborazione con CIAC, delle azioni di accoglienza e tutela socio sanitaria degli immigrati richiedenti asilo e vittime di tortura.</li> </ol>				

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.1</b>	<b>Integrazione interistituzionale e interprofessionale</b>			 100%
<b>Descrizione</b>	<p>Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, quale ambito in cui vengono condivise le linee di programmazione dell'area socio sanitaria, definiti indirizzi omogenei nella programmazione, gestione e riequilibrio del FRNA e FNA e vengono confrontate e diffuse le progettualità innovative. Mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei Piani di Zona a livello distrettuale, di rappresentanti AUSL, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali, interprofessionali e per l'elaborazione congiunta delle linee programmatiche sanitarie.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>1. Il Gruppo per l'integrazione socio-sanitaria, su mandato della CTSS, ha proseguito l'attività di coordinamento interdrettuale e interistituzionale finalizzato al confronto e all'individuazione di linee comuni di programmazione e realizzazione della committenza, effettuando in particolare attività di istruttoria tecnica relativamente alle diverse tematiche socio-sanitarie trattate dalla CTSS.</p> <p>Il Gruppo ha affrontato diverse problematiche, in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS.</p> <p>In tale ambito, sono stati confrontati gli indirizzi di programmazione e verifica del FRNA. Sono stati condivisi i processi in atto, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) monitoraggio dei contratti di servizio e dell'applicazione della DGR 273/2016;</li> <li>b) validazione di linee omogenee per la gestione della morosità;</li> <li>c) costituzione gruppo di lavoro per l'elaborazione di Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario da sottoporre alla CTSS;</li> <li>d) monitoraggio attività OTAP;</li> <li>e) costituzione Gruppo di Lavoro per la definizione di linee d'intervento per la prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona;</li> <li>f) costituzione di gruppo di lavoro per la definizione di una bozza di regolamento delle Case famiglia da proporre ai Comuni per l'adozione di regolamenti comunali e monitoraggio dei lavori;</li> <li>g) definizione del percorso di attuazione del Protocollo Tutela minori.</li> </ul> <p>2. Attraverso la presenza dei professionisti dell'Azienda, si è collaborato nell'ambito degli Uffici di piano distrettuali per l'elaborazione e la realizzazione di progettazioni integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario.</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	E6	Monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA, e FSR	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 509/2007 DGR N.172/2015	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria				
Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale							100%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
N° incontri			Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero <=	3,00	6,00	3,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi				
Obiettivo	4.1.1.2	Area Anziani - Verifica e monitoraggio continuità assistenziale ospedale-territorio							100%
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Prosecuzione del confronto in gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali, per la definizione di percorsi di miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare riferimento alle dimissioni protette dall' Azienda Ospedaliero Universitaria sia sul piano dei processi intra ed extra ospedalieri che dell'offerta territoriale.</p>			<p>La DASS ha partecipato ai Gruppi di Lavoro individuati dalle Direzioni Sanitarie dell'AUSL e AOU, finalizzati a produrre misure di intervento e linee operative atte ad assicurare interventi proattivi sanitari e socio sanitari per ridurre il rischio di ospedalizzazione, percorsi integrati di continuità assistenziale ospedale-territorio, percorsi di integrazione con le CRA per il miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle medesime con conseguente riduzione dell'ospedalizzazione. Nel semestre i gruppi hanno effettuato tre incontri definendo una prima analisi e traccia progettuale che è stata presentata alle Direzioni Aziendali per il proseguo del percorso.</p>						
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		Riferimento Normativo	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
N° incontri			Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00	4,00	4,00	100,00%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.3</b>	<b>Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Approfondimento e confronto in gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali (UVG/UVM- SAA-Uffici di Piano) per la condivisione di percorsi di valutazione e di criteri omogenei di priorità di accesso ai servizi ed interventi.</p>			<p><b>Area Anziani</b>            A seguito delle integrazioni introdotte dalla DGR 1423/2015 e a quanto previsto dalle DGR 514/2009 e 715/2015, per quanto riguarda i parametri di personale infermieristico ed in particolare la presenza infermieristica 24 ore su 24 nelle strutture che accolgono anziani non autosufficienti "con elevate necessità socio sanitarie", è stato condotto un percorso di approfondimento con la Direzione Generale, i Direttori di Distretto, i Professionisti delle UVG e i Responsabili dei SAA, attraverso il quale sono stati definiti e condivisi i criteri finalizzati ad assicurare l'applicazione omogenea della normativa e appropriatezza di accesso nelle CRA.</p> <p><b>Area disabilità</b>            Facendo seguito al mandato della CTSS e del Gruppo per l'Integrazione del 2015, sono proseguiti i lavori con i professionisti sia di area sociale che sanitaria individuati dai Direttori di Distretto e dagli Uffici di Piano. Il mandato attribuito al gruppo di lavoro consiste nell'elaborazione di un documento in cui sia condiviso il ruolo/funzioni delle UVM nell'area della disabilità e, contemporaneamente, l'identificazione di criteri di valutazione omogenei finalizzati all'accesso alla rete dei servizi ed all'erogazione degli interventi alle persone con disabilità.            La bozza di documento è stata ultimata in data 30/06/2016, è stata presentata al Gruppo per l'Integrazione per i successivi passaggi.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015				
<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>Perf. inter</b>
N° incontri			Firme presenza, verbali	Numero >=	2,00	4,00	7,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	4.1.1.4	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
<p>In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti e nell'ambito del processo di accreditamento, sviluppo di percorsi di miglioramento della qualità dell'accoglienza e della cura con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- miglioramento della qualità dell'alimentazione e della nutrizione per i soggetti anziani e disabili, accolti nelle strutture e affetti da disfagia, attraverso la definizione di indirizzo da adottare in modo omogeneo per l'identificazione e la gestione delle persone disfagiche da diffondere anche attraverso la realizzazione di percorsi formativi rivolti ai caregivers formali e informali.</li> </ul>			<p>L'Azienda USL, attraverso la Direzione Sanitaria e la Direzione Attività Socio Sanitarie, ha inteso promuovere un percorso di miglioramento della valutazione e della gestione della disfagia nei servizi socio-sanitari rivolti a persone non autosufficienti.</p> <p>In questa direzione l'orientamento è quello di definire, attraverso un gruppo di lavoro appositamente costituito, delle raccomandazioni da proporre in modo omogeneo nel territorio provinciale alle strutture socio-sanitarie, anche mediante momenti formativi.</p> <p>L'input dato dalla Direzione Sanitaria per ottemperare al mandato sopra indicato, è stato quello di operare mediante la costituzione di tre gruppi.</p> <p>Per la realizzazione del documento, che sarà oggetto di approvazione da parte della Direzione Sanitaria, ogni gruppo di lavoro ha affrontato una "parte" specifica dell'argomento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gruppo "Screening: valutazione e diagnosi";</li> <li>2) gruppo "Aspetti assistenziali e riabilitativi";</li> <li>3) gruppo "Aspetti nutrizionali e dell'alimentazione".</li> </ol> <p>I professionisti coinvolti sono complessivamente 34 con formazione prevalentemente sanitaria (medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, educatori, nutrizionista, ecc.) ed operano sia nell'ambito del settore pubblico che privato.</p> <p>Il coordinamento dei lavori è stato affidato alla Direzione Attività Socio Sanitarie.</p> <p>Nel primo semestre 2016 si sono svolti complessivamente 16 incontri, durante i quali è stata abbozzata da parte di ogni gruppo una prima stesura relativa al proprio argomento.</p> <p>Le tre bozze saranno poi assemblate in un unico documento finale.</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 514/2009				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
N° incontri			Firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	16,00	100,00%
Redazione documento			Documento	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	4.1.1.5	Area Anziani - Mappatura e monitoraggio Anziani fragili					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
Sviluppo del progetto "Gestione attiva della fragilità", avviato negli anni precedenti nel Distretto Valli Taro e Ceno, attraverso la redazione del report di ricerca relativo al Comune di Fornovo di Taro e la presentazione del medesimo al Comune e al Distretto.			È stato elaborato il documento finale della mappatura dei 609 anziani >74 anni, residenti nel comune e non in carico ai servizi sociali e socio sanitari. Il report è stato presentato al Sindaco, all'Assessore e ai Consiglieri comunali, ai MMG, all'ASP Rossi Sidoli, ai professionisti sociali e sanitari e a tutte le Associazioni di Volontariato presenti nel territorio per la prosecuzione del progetto.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 514/2009				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
redazione e presentazione report			Report	Si/No =	Si		Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	4.1.1.6	Area Disabili – Ricerca “Qualità di vita per le disabilità”					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
<p>La Direzione Attività Socio Sanitarie continua a seguire la ricerca in atto per tutto quanto concerne gli atti amministrativi di propria competenza, nonché per il monitoraggio e supporto all'équipe di lavoro costituita da professionisti incaricati dello svolgimento della stessa ricerca</p>			<p>È proseguita la ricerca “Qualità di vita per le disabilità” che ha coinvolto tre borsiste psicologhe il cui compito è stato quello di somministrare scale di valutazione psicologica a disabili adulti in carico ai servizi dell'area disabilità in capo agli Enti locali.</p> <p>Nel corso del primo semestre sono stati organizzati quattro incontri con le borsiste psicologhe finalizzati a verificare l'andamento della ricerca, ad evidenziare eventuali problemi e ad individuare le conseguenti soluzioni.</p> <p>Per ogni incontro, oltre a raccogliere le firme, è stato redatto apposito verbale.</p>					
Obiettivi Performance	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	Riferimento Normativo	L. 18/2009 DGR N.172/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Incontri con l'équipe di ricerca			Foglio firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	4,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	4.1.1.7	<b>Area gravi disabilità acquisite – Definizione criteri di accesso ai servizi</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La commissione aziendale per le gravi disabilità acquisite, in un'ottica di equità di offerta di servizi ed interventi, dovrà operare al fine di rivedere la documentazione per la valutazione dei pazienti Gra.D.A. definendo percorsi di accesso ai servizi della rete.</p>			<p>La commissione aziendale GRADA, ricostituita alla fine del 2015 con delibera aziendale n. 840 del 11/12/2015, ha ricevuto il mandato di rivedere la documentazione attualmente in uso per renderla più facilmente fruibile da parte dei professionisti che costituiscono le commissioni distrettuali grada.</p> <p>La documentazione rielaborata dovrebbe garantire, nella sua applicazione, una maggiore equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari della rete provinciale.</p> <p>Oltre a ciò, la Commissione è chiamata anche a rivedere il regolamento per l'accesso alle strutture residenziali delle persone con gravi disabilità acquisite (ex DGR 2068/2004 e 840/2008): anche in questo caso, sulla scorta dell'esperienza di questi ultimi cinque anni, l'intento è quello di proporre un documento più snello ed al contempo più efficace.</p> <p>Nel corso del primo semestre sono stati organizzati sei incontri durante i quali è stata elaborata la bozza di scheda di valutazione; per ogni incontro sono state raccolte le firme presenza ed elaborati i relativi verbali.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Incontri di coordinamento con la commissione aziendale			Foglio firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	6,00	100,00%
Redazione documentazione			Documentazione	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	4.1.1.8	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza sulle Donne e sulle Fasce Deboli				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>In continuità con quanto realizzato a livello dei servizi aziendali e nella interazione operativa tra questi e i servizi della rete territoriale sul sostegno e l'assistenza alle donne vittime di violenza, ci si pone l'obiettivo di sviluppare "percorsi privilegiati" di presa in carico e protezione delle vittime includendo anche minori, anziane, immigrate, disabili, omosessuali, coinvolgendo tutti i soggetti firmatari del Protocollo promosso dalla Prefettura di Parma a formare una rete articolata di realtà istituzionali e del privato sociale in stretto raccordo tra di loro. L'impegno aziendale si caratterizzerà in particolare nella partecipazione agli incontri dedicati che si terranno in Prefettura per la definizione e l'attuazione dei percorsi di cui sopra.</p>			<p>La cronaca quotidiana riporta drammaticamente quanto sia fondamentale l'opera dei Servizi istituzionali e del Terzo settore nella prevenzione e nel contrasto della violenza domestica e di genere.</p> <p>La partecipazione aziendale alla rete territoriale è significativa sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico), sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime.</p> <p>Incontri di verifica e collaborazioni nella promozione di convegni, ma anche impegni diretti e integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari: già in fase avanzata la programmazione di un seminario rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di tutta la provincia, quali nodi importanti della rete territoriale, indetto per la seconda metà dell'anno in corso.</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1677/2013				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Partecipazione agli incontri dedicati alla violenza			Convocazioni atti DASS	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.9</b>	<b>Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Continuità nel consolidamento organizzativo degli interventi di educazione sanitaria e promozione della salute negli Istituti scolastici di ogni ordine e grado del territorio provinciale, attraverso offerte di programmi formativi agli insegnanti e/o peer education agli studenti.</p> <p>La realizzazione del catalogo su portale WEB dedicato ha permesso un netto miglioramento delle interazioni tra insegnanti e referenti distrettuali e tra quest'ultimi e i referenti delle progettualità proposte. La continuità del progetto è opportuna per rafforzare l'esperienza in atto e ottimizzare l'interazione tra scuole e servizi aziendali promuovendo incontri mirati con i referenti distrettuali e i referenti delle progettualità del catalogo "AUSL per la Scuola".</p>			<p>Molto soddisfacente l'attività complessiva legata al programma "AUSL per la Scuola": i dati a chiusura dell'A.S. ci restituiscono l'impegno dei Servizi e dei Referenti nel garantire 154 interventi nelle Scuole della provincia, come emergono dalle richieste pervenute (dati per difetto che non tengono conto del numero di classi dove i progetti sono stati attuati).</p> <p>Molti gli incontri effettuati per concordare aspetti organizzativi e di aggiornamento del portale: sono state apportate modifiche che hanno colmato qualche lacuna emersa in corso d'opera. Nel corso del primo semestre è stato attuato anche un software di elaborazione dei dati che ha permesso una puntuale restituzione dell'attività agli interlocutori interni ed esterni (dirigenza aziendale, dirigenti scolastici, docenti, referenti distrettuali e di progetto).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 590/2013; DGR 901/2015; DGR 771/2015				
<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>Perf. inter</b>
Partecipazione incontri con referenti distrettuali e di progetto			Convocazioni	% =	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.1.10</b>	<b>Area Minori – ambito Tutela</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Proseguimento nel percorso di integrazione istituzionale , auspicata nelle direttive regionali di riferimento . Acquisita la disponibilità dei decisori istituzionali nelle Direzioni di Distretto, la DASS continua nella sua funzione a supporto dei Nodi della Rete Istituzionale, interni ed esterni, partecipando ai gruppi di lavoro che verranno nominati dai 3 Distretti Fidenza, Sud est, Valli Taro e Ceno ; compito del gruppo di lavoro la stesura di accordi tra ASL ed Enti Locali atti a garantire la valutazione e presa in carico integrata nell'area della tutela e dei casi complessi. Per quanto concerne il distretto di Parma prosegue la funzione di supporto alla Direzione di Distretto e del DAISM per il rinnovo del Protocollo scaduto al 31/12/2015. Al fine di promuovere funzioni di sistema , prosegue la partecipazione ai gruppi di lavoro interni riguardo la Violenza alle donne per quanto attiene alla violenza assistita . Assegnata la referenza del Progetto 3.7 maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura , previsto dal PLA -PRP 2015-2018</p>			<p>In tutti i distretti sono stati nominati i componenti dei gruppi di lavoro misti fra Az. USL e sociale. In alcuni i lavori sono iniziati, e si prevede di poter ottenere la bozza degli accordi che garantiranno una valutazione e una presa in carico integrata entro l'anno. Continua la partecipazione ai gruppi sulla violenza di genere per mantenere l'attenzione sulla violenza assistita.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR N.172/2015 DGR 1677/2013 DGR 1102/2014				
<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>Perf. inter</b>
evidenze documentali (verbali, nomina di membro nei gruppi di lavoro, incarichi di referenza/coordinamento)			segreteria Distretti, gruppo integrazione,DASS	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Settore	4.1.2 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
	<p>A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 400 milioni a livello nazionale e 30,888 milioni a livello regionale.</p> <p>Le Aziende UsI dovranno assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti);</li> <li>- in collaborazione con gli Enti Locali, il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili in particolare per le persone affette da demenze e loro familiari (caffè alzheimer, meeting centers, gruppi auto aiuto) ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine;</li> <li>- la qualificata partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario;</li> <li>- la fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi sociosanitari accreditati favorendo l'esercizio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore del servizio accreditato anche per queste attività;</li> <li>- l'attuazione e la collaborazione per l'aggiornamento a livello regionale del programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), degli interventi socio-sanitari per le persone con SLA (DGR 1762/11 e DGR 169/13) e del progetto regionale demenze (DGR 2581/1999);</li> <li>- la partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) e FNA, con particolare riferimento ai programmi e sperimentazioni sul Dopo di Noi e Vita Indipendente;</li> <li>- l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014.</li> <li>- percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.</li> <li>- in collaborazione con gli Enti Locali una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00 e dalla LR 2/03 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.</li> </ul> <p>Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati attraverso la compilazione della check-list predisposta dal gruppo di coordinamento regionale. Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e garantendo la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Individuare le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.</p> <p>(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12 e 2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza pag.16)</p>

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.1</b>	<b>Contrasto alla violenza</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12)			La Direzione ha partecipato nei Comitati di Distretto all'individuazione di una equipe per la stesura di protocolli condivisi per la presa in carico congiunta di minori a rischio di allontanamento.					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<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>Perf. inter</b>
numero eventi formativi realizzati			Convocazioni atti DASS	Numero >=		1,00		
raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori			Atti DASS	Numero >=		1,00		
compilazione della check-list regionale			Documento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>4.1.2.2</b>	<b>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>Monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti).</p> <p>Percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità. Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) e FNA. ... (per approfondimenti vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016 allegato B, 2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza, pagina 16)</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Come già indicato all'obiettivo 33.1 il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, dietro mandato della CTSS, ha effettuato per il primo semestre 2016 il monitoraggio del Fondo Regionale per la Non autosufficienza relativamente all'assegnazione 2015 (al 30/06 non era ancora stata comunicata l'assegnazione del FRNA per l'anno 2016); ha monitorato i contratti di servizio e l'applicazione della DGR 273/2016 conseguente al completamento del processo di accreditamento definitivo del servizio socio-sanitari.</p> <p>Il monitoraggio del FNA verrà effettuato solo successivamente all'assegnazione dello stesso da parte del Ministero per il tramite della Regione.</p> <p>Nel secondo semestre si parteciperà all'avvio dei lavori per la definizione di un percorso di accesso e presa in carico per le persone disabili nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza. Sempre nel secondo semestre si parteciperà, con gli Enti locali titolari della funzione della disabilità e dell'area anziani, agli incontri relativi alla promozione di interventi a favore di anziani e disabili.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	E6	Monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA, e FSR	<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>Perf. inter</b>
Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo (rispetto a tot giornate annue in CRA)			Documento	% >=		1,50%		
Programmi di ambito distrettuale di continuità ass. nei servizi per disabili minori e adulti in coll. con Enti locali e Assoc. di persone con disabilità e di sper. di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili (sul numero dei distretti)			Documento	% >=		50,00%		
Corretto utilizzo del FNA e rispetto del limite % di utilizzo delle risorse per le persone con disabilità gravissime			Documento	Sì/No		Sì		
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica			Documento	Sì/No		Sì		

<b>Area</b>	<b>5</b>	<b><u>RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO</u></b>	 87%
<b>Sub-Area</b>	<b>5.1</b>	<b><u>CURE PALLIATIVE</u></b>	 92%
<b>Settore</b>	<b>5.1.1</b>	<b><u>Obiettivi generali</u></b>	 92%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Sviluppo continuo Rete Cure Palliative con incremento delle azioni a livello territoriale riferite anche all'area pediatrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento dei Medici di medicina generale</li> <li>- Promozione della cultura della palliazione fra tutti i professionisti coinvolti</li> <li>- Informazione alla popolazione generale sulla funzione e sull'utilizzo dei servizi</li> <li>- Equità di accesso qualità e appropriatezza delle Cure</li> </ul>			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.1</b>	<b>Riorganizzazione della rete delle cure palliative</b>				 92%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio della riorganizzazione prevista dalla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di Cure Palliative"			Primo semestre: istituzione dell'ambulatorio di cure palliative nei quattro distretti provinciali come previsto dal DGR 560/2015.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Indicatore n. 7 DM. 43/2007			report flusso ADI	% >=	80,00%	80,00%	66,70%	83,00%
Indicatore n. 8 DM. 43/2007			report flusso hospice	% >=	20,00%	20,00%	29,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.2</b>	<b>Consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento dell'attività di presa in carico dei pazienti nella rete delle cure palliative, in relazione agli indicatori standard regionali, attraverso una strutturazione dei percorsi in integrazione con i Dipartimenti Cure Primarie. Incremento dell'attività informativa e formativa dei sanitari ospedalieri e territoriali riguardo cure palliative e terapia del dolore.			Primo semestre: incontri con direttori cure primarie dei quattro distretti, incontri con MMG e operatori sanitari ospedalieri sulla riorganizzazione delle rete e presentazione nuova attività specialistica in cure palliative. Sono stati organizzati due percorsi formativi integrati promossi dai distretti Sud Est e Parma.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato 2015 del Direttore Generale GPG/2012/1545				
<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>Perf. inter</b>
Incontri con responsabili Cure Primarie e referenti hospice			verbali e registro	Numero >=	3,00	6,00	7,00	100,00%
Progetti formativi integrati			verbali e registro	Numero >=	1,00	2,00	2,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.3</b>	<b>Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche, in sinergia con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, sulla base delle indicazioni della DGR 1898/12			Primo semestre: non si sono svolte iniziative coordinate nel campo delle cure palliative pediatriche					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1898/12 GPG/2012/1929				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.1.4</b>	<b>Controllo del dolore</b>					 75%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il tema del dolore resta prioritario all'interno delle tematiche delle cure palliative e pertanto prosegue e si implementa l'azione di coordinamento tra il livello ospedaliero, residenziale (hospice) e territoriale. In particolare è prevista nel Distretto di Fidenza l'implementazione dell'attività di consulenza di terapia antalgica a domicilio e in ospedale da parte degli anestesisti dell'Ospedale Vaio su richiesta dei MMG e ospedalieri.</p> <p>Elaborazione di un PDTA di terapia del dolore a livello provinciale, in sinergia con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, sulla base delle indicazioni della nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12</p>			<p>Primo semestre: prosegue l'attività COTSD e monitoraggio dell'attività ambulatoriale verso l'ospedale e il territorio con integrazione degli specialisti delle due sedi del presidio ospedaliero aziendale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12 GPG/2014/1661				
<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>Perf. inter</b>
consulenze antalgiche per la rete di cure palliative			report interno del responsabile ambulatoriale	Numero >=	30,00	60,00	62,00	100,00%
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato			Verbali e registro presenze	Numero >=	2,00	4,00	1,00	50,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	5.1.1.5	Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA						 100%
Descrizione			Rendicontazione					
Prosecuzione del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA			Primo semestre: prosecuzione percorsi multidisciplinari integrati con coinvolgimento del palliativista.					
Obiettivi Performance	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Percorsi integrati realizzati			Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	45,00	100,00%

Settore	5.1.2 <b>DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative</b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» individua le modalità di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative, armonizzando e integrando i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato- Regioni del luglio 2012. Tra i principali obiettivi della Delibera vi è quello di omogeneizzare sul territorio il modello organizzativo della rete locale di cure palliative. L'organizzazione a rete ha una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative per rispondere al bisogno del malato e della famiglia. La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.</p> <p>Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo. Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete. Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.1 Cure palliative, pag 9)</p>		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.1.2.1</b>	<b>Cure palliative</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo. Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete.</p> <p>Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.1 Cure palliative, pag 9)</p>			<p>Sono stati istituiti gli ambulatori di cure palliative nei quattro distretti provinciali, come previsto dalla DGR 560/2015 e l'attività specialistica per l'ospedale ed il territorio è stata avviata da febbraio 2016. Viene effettuato un monitoraggio sistematico dell'attività erogata nei diversi setting su tutto il territorio provinciale. Sono stati effettuati incontri con i Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie dei quattro distretti, con i MMG e gli operatori sanitari ospedalieri sulla riorganizzazione delle reti ed è stata presentata la nuova attività specialistica in cure palliative. Sono stati altresì organizzati due percorsi formativi integrati promossi dai distretti Sud Est e Parma.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<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>Perf. inter</b>
N. malati nei quali il tempo max di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domic. da parte della Rete di cure palliative è <= 3 giorni / n. malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore			specifico flusso di riferimento	% >=		65,00%	77,00%	
Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica			specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	29,00%	

<b>Sub-Area</b>	<b>5.2</b>	<b>DEMENZE</b>	 <b>77%</b>
-----------------	------------	----------------	---

<b>Settore</b>	<b>5.2.1</b>	<b>Quadro generale</b>	 <b>77%</b>
----------------	--------------	------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Integrazione Ospedale - Territorio (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, Ospedale di Comunità) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata all'interno del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE (Delibera n. 880 del 30/12/2013)

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.1</b>	<b>Ruolo dei Medici di Medicina Generale</b>				 <b>100%</b>		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi"          Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata.          Continuare l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.</p>			<p>A livello provinciale sono state effettuate consulenze specialistiche (neurologiche e geriatriche) per i casi ad alta valenza socio-assistenziale in stretta collaborazione con altri servizi della rete. Nel distretto di Fidenza la neurologa del consultorio ha partecipato come relatore nel progetto formativo organizzato dal DPC di Fidenza dal titolo "Complessità clinico-assistenziale nelle rete delle cure primarie". Sono state svolte 2 edizioni rispettivamente il 7 maggio organizzato dai NCP di Noceto e Fontanellato ed il 18 giugno organizzato dai NCP di Fidenza e Salsomaggiore. Hanno partecipato i MMG dei 6 NCP:</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG 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>Perf. inter</b>
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/n. complessivo delle visite			Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	100,00%
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete			Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.2</b>	<b>Qualificazione della rete dei Servizi</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Continuare a livello provinciale di attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona.			I distretti di Parma, Sud-Est e Valli atro e Ceno hanno effettuato corsi di formazione rivolti agli operatori della rete. Il distretto di Fidenza ha in atto il corso di formazione rivolto agli assistenti sociali del territorio ed ha programmato per ottobre un corso di formazione per gli operatori dei Centri Diurni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG 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>Perf. inter</b>
N. Accessi Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti da tutti i servizi della rete			Consultorio Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	100,00%
N. Segnalazioni Assitenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei servizi			Consultorio Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.3</b>	<b>Sostegno alla domiciliarità e presa in carico integrata di soggetti affetti da demenza presenile e senile</b>				 50%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Continuare l'attività di verifica sulla collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (Consultorio, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori).</p> <p>Consolidare il percorso di integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio nella gestione delle dimissioni difficili.</p> <p>Garantire, a livello provinciale, la continuità di percorsi strutturati di sostegno alle famiglie e alle assistenti familiari: corsi di informazione/formazione, gruppi di sostegno, auto -mutuo – aiuto, Caffè Alzheimer</p> <p>Continuare a livello provinciale le conferenze nei comuni e le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.</p>			<p>A livello provinciale alcune delle consulenze specialistiche (neurologiche e geriatriche ) effettuate sono state richieste allo scopo di rafforzare l'intergrazione presente nell'ambito delle buone prassi in atto. Da segnalare che ciascun distretto registra queste prestazioni in maniera autonoma. Su tutto l'ambito provinciale viene garantito in modo continuativo il supporto ai familiari/assistenti private tramite corsi di informazione/formazione, gruppi di auto-mutuo-aiuto e colloqui psicologici individuali e al nucleo familiare.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato D.G. 1.8		
<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>Perf. inter</b>
N. Corsi per familiari/n. corsi programmati		Responsabile Programma Aziendale	% >=	50,00%	70,00%	50,00%	100,00%
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza		Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00	0,00	0,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
Obiettivo	5.2.1.4	Accesso alle prestazioni diagnostiche				 33%		
Descrizione			Rendicontazione					
Migliorare i tempi di attesa per le visite e la diagnostica neuropsicologica			A livello aziendale sono presenti: 2 consultori con apertura giornaliera (Parma e Fidenza), 1 centro con apertura settimanale (Langhirano), 1 centro con apertura mensile (Borgotaro), 3 ambulatori con apertura mensile (Fornovo, San Secondo, Busseto). Gli orari di apertura dei centri e degli ambulatori sono diversi, da qui si evince una disomogeneità dei calendari delle sedute. Si è ritenuto di effettuare la valutazione su i 2 Consultori che hanno l'apertura giornaliera.					
Obiettivi Performance	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. 1.3				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Tempi Attesa (ST.TA)			Consultorio Demenze	Numero <=	30,00	30,00	50,00	33,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.2.1.5</b>	<b>Integrazione dei Consulenti per i Disturbi Cognitivi nel POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
All'interno della programmazione del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE sviluppare l'integrazione dei Consulenti nell'area di attività territoriale (POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE) con integrazione con i servizi ospedalieri, creando, quindi, un Hub territoriale per la continuità Ospedale-territorio.			Il Direttore del Polo Neurologico ha richiesto una prima mappatura del personale impiegato all'interno dei Consulenti/Centri per i Disturbi Cognitivi (figure professionali quali e quante, tipologia di contratto, monte orario, ruoli, qualifiche e competenze).					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato D.G.				
<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>Perf. inter</b>
Riunioni			Direttore del POLO NEUROLOGICO INTERAZIENDALE	Numero >=	10,00	20,00	10,00	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>5.3</b>	<b>EMERGENZA URGENZA-118</b>	 50%
-----------------	------------	------------------------------	--

<b>Settore</b>	<b>5.3.1</b>	<b>Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della sostenibilità della rete complessiva del soccorso territoriale e del livello dell'integrazione con le strutture di Pronto Soccorso		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.1</b>	<b>Accreditamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Con la costituzione dell'unica Centrale Operativa Emilia Ovest (COEO) si è costituito il Comitato Direzione e Controllo COEO, tra le cui finalità figura la produzione di un modello formativo omogeneo tra le tre province interessate: sarà quindi un obiettivo del prossimo anno produrre un progetto, a sviluppo pluriennale, sulla formazione medica sostenibile e coerente con i requisiti formativi previsti dalla del. 44/2009 della RER.			In ottemperanza alla Del. della RER in merito alle competenze infermieristiche sono state redatte le relative procedure di ingaggio in emergenza dell'infermiere con particolare riferimento alle manovre e procedure che possono essere compiute in autonomia. Di conseguenza si è ipotizzato un percorso formativo medico infermieristico che, partendo dalla formazione delle nuove procedure di cui sopra, diventi propedeutico per la formazione di tutte le figure sanitarie coinvolte nell'emergenza, da concludersi entro il 2016					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Del 44/2009 RER				
<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>Perf. inter</b>
Produzione di proposta formativa condivisa per la COEO			verbali di COEO in atti presso Centrale Unica	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.2</b>	<b>Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -A</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE Valutazione delle tempistiche di centralizzazione trauma grave			In Fase di elaborazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 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>Perf. inter</b>
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di trauma grave			in atti Centrale Unica	Si/No		Si		
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE			in atti Centrale Unica	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.3</b>	<b>Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -B</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione Stroke. Progetto per il trasporto neonatale e della donna gravida			Si è redatta una procedura interaziendale relativamente al trasporto della donna gravida, attualmente in bozza, mentre è in corso di redazione la procedura per il trasporto neonatale. La valutazione dei tempi di centralizzazione degli stroke è in fase di elaborazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 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>Perf. inter</b>
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di Stroke			in atti Centrale Unica	Si/No		Si		
Istruzione operativa			atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.4</b>	<b>Servizio di Telecardiologia</b>						
<b>Descrizione</b>	Avvio procedura di rinnovamento della dotazione tecnica di monitodefibrillatori per teletrasmissione Progettazione modalità di Telecardiologia presso PPIO Ospedale di Borgotaro verso UTIC Fidenza		<b>Rendicontazione</b> Si è proceduto al rinnovo di 7 delle diciassette postazioni dotate di monitor per teletrasmissione. E, prevista l'ulteriore acquisizione di altri quattro Lifepack15					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 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>Perf. inter</b>
Sostituzione di cinque apparecchi			Atti Direzione sanitaria	Numero <=		5,00	7,00	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.5</b>	<b>Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe</b>						
<b>Descrizione</b>	Entro la fine del 2016 dovrà essere approvato e testato un Piano di massiccio afflusso feriti (PEIMAF), coinvolgente tutte le strutture ospedaliere di Vaio e l'Emergenza Territoriale, arrivando alla definizione di percorsi in grado di fronteggiare una maxiemergenza senza bloccare la funzionalità dell'ospedale. Inizio lavori per piano maxiemergenze territoriale		<b>Rendicontazione</b> In corso di elaborazione conclusiva sia il piano PEIMAF Preospedaliero che quello Ospedaliero.					
<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>Perf. inter</b>
Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio			in atti alla Direzione Presidio	Si/No		Si		
Presentazione piano generale per maxiemergenza in COEO			in atti alla Centrale Operativa	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.6</b>	<b>Percorso formativo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree e di iniziare un percorso formativo sulla ecografia clinica.			E' iniziato il percorso formativo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	LR 44/2009 RER				
<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>Perf. inter</b>
N° medici formati/totale			in atti U.O. Formazione	% >=	25,00%	50,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.7</b>	<b>Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione "proposta espianto cornee in pazienti colpiti da morte improvvisa in ambiente preospedaliero" .			In fase di elaborazione. Al momento è stato prostoai MMG operanti presso l'Hospice di Fidenza di collaborare a questo obiettivo. Si è richiesta la collaborazione anche del Direttore Dipartimentyto Cure Primarie.					
<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>Perf. inter</b>
Realizzazione di istruzione operativa			In atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.1.8</b>	<b>Progettazione del sistema di soccorso legato all'allestimento del Cantiere TI-BRE catalogato come grande opera.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Programmazione del sistema di soccorso ed intervento in relazione alla logistica di accesso, all'impiego di mezzi e risorse umane. Al momento si è in attesa dell'attivazione del progetto			In attesa dell'attivazione del Cantiere.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Accordo AUSL PR Società Autostrade				
<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>Perf. inter</b>
Organizzazione della copertura del soccorso con risorsa infermieristica			in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	No	

<b>Settore</b>	<b>5.3.2</b>	<b><u>Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u></b>	 <b>50%</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Indicazione delle azioni: Valutare la fattibilità di un'ulteriore valorizzazione, nella rete provinciale, del ruolo degli infermieri già formati all'emergenza territoriale			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	Area Performance	<b>3.4.1</b>	<b>Area del Capitale Intellettuale</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.2.1</b>	<b>Valorizzazione professioni sanitarie</b>					 <b>0%</b>	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio del progetto di autonomizzazione dell'infermiere in alcuni percorsi di emergenza territoriale secondo indicazione regionale			Si è conclusa la redazione delle procedure infermieristiche di intervento in Emergenza richieste dalla regione e deliberate dalla stessa. La commissione ristretta redattrice delle procedure (tre medici e tre infermieri), di cui si fa parte, sta ora elaborando il percorso formativo. Tale percorso è purtroppo rallentato dalle conflittualità di categoria per cui, al momento, non si è attivato alcun percorso nella nostra provincia. L'obiettivo resta l'attivazione, anche parziale, entro l'anno in corso, dopo il corso di formazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	Accreditamento Sistema 118				
<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>Perf. inter</b>
Avvio percorsi: ipoglicemia, arresto cardiaco, overdose da oppiacei			in atti a UO Emergenza Territoriale	Numero >=	1,00	3,00	0,00	0,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.2.2</b>	<b>Estensione competenze BLS-D</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>In relazione al DIM 18 marzo 2011 si è aderito al progetto Regionale per la defibrillazione precoce secondo un programma PAD, quindi dedicato al personale non sanitario. A tale scopo è stato presentato un progetto di implementazione dei DAE che possa consentire la presenza in ogni Comune della Provincia di Parma di disporre di DAE ad accesso pubblico.</p>			<p>Tale progetto ha avuto una realizzazione parziale in quanto legato ad un progetto di finanziamento valutato dalla Fondazione Cariparma che ha approvato parte del progetto (rinnovamento tecnologico della rete monitor per teletrasmissione del tracciato ECG) senza includere l'estensione ai DAE. Si è comunque proceduto all'acquisto di 17 DAE finalizzati alla copertura territoriale con accesso PAD. In accordo col Comune di Parma, ed in coerenza col DIM 18/03/2011, si sta partecipando, col Centro di Formazione Aziendale FiFor, al progetto di formazione di personale non sanitario, operante all'interno delle scuole, per l'apprendimento delle tecniche BLS-D.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DIM 18 marzo 2011				
<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>Perf. inter</b>
Disribuzione DAE in ogni Comune della Provincia			In atti alla U.O. Emergenza Territoriale	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.2.3</b>	<b>Sviluppo del modello Hub &amp; Spoke</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Partecipazione ai compiti ed obiettivi del sistema SIAT, Commissione interaziendale Cardiologica e Stroke Revisione del percorso dell'emergenza pediatrica preospedaliera e trasporto interospedaliero.			La Commissione Cardiologica e Stroke interaziendale non si è riunita. La partecipazione ai lavori della Commissione SIAT è stata invece totale.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (1.1, 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>Perf. inter</b>
istruzioni operative per emergenze pediatriche			in atti Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		
Partecipazione agli eventi delle commissioni interaziendali dell'emergenza			verbali riunioni in atti U.O. Emergenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

<b>Settore</b>	<b>5.3.3</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel 2015, conclusa la fase di concentrazione delle attività delle centrali operative 118, si è attivata la funzione tecnologica che consentirà alle singole centrali di ricevere le chiamate di emergenza e di gestire l'invio dei mezzi di soccorso indipendentemente dal territorio da cui originano le chiamate stesse o dove sono collocati i mezzi di soccorso. Nello stesso anno sono stati attivati i percorsi di formazione del personale di centrale che nel 2016 dovrà garantire che le singole centrali siano in grado di assicurare continuità e rapidità di risposta del sistema 118 anche nel caso di interruzione al funzionamento di una delle tre centrali o in caso di eccesso di chiamate in un singolo territorio. Entro la fine del 2016 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma devono garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con le altre due, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate). (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.6 – 118 e Centrali Operative pag 30)</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.3.1</b>	<b>118 e Centrali Operative- Protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico art. 10 d.p.r. 27-3-1992 aggiornati alla DGR 508/2016.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.			Tali protocolli verranno applicati in toto dopo realizzazione del percorso formativo attualmente in elaborazione dalla Commissione Regionale ristretta (di cui si fa parte).					
<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>Perf. inter</b>
Entro il 31/12/16 tutti i protocolli dovranno essere adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti trasmessi ai competenti uffici regionali			in atti a Direzione Sanitaria	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.3.3.2</b>	<b>118 e Centrali Operative - attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'Azienda dovrà garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con Azienda USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).			Tutte le procedure informatiche e procedurali sono state integrate in modo da poter realizzare potenzialmente l'interoperabilità tra le Centrali. Manca il passaggio fondamentale dello scambio di personale tra le varie centrali per la diffusione della conoscenza del territorio. Sostanzialmente l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.					
<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>Perf. inter</b>
Effettiva messa in funzione di interoperabilità entro il 2016			in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>5.4</b>	<b><u>Politica del farmaco</u></b>	 <b>91%</b>
-----------------	------------	------------------------------------	---

<b>Settore</b>	<b>5.4.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>	 <b>91%</b>
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

La politica del farmaco intrapresa e sviluppata negli ultimi anni ha portato a risultati importanti, sia nel conseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva che nel contenimento della spesa farmaceutica.

Le azioni messe in campo e finalizzate al governo clinico del farmaco e del dispositivo medico dovranno proseguire ed essere perfezionate .

Verranno pertanto utilizzati o potenziati gli strumenti di governo clinico, quali sistemi di monitoraggio, audit clinici, gestione del rischio clinico.

Strumento fondamentale sarà , anche per il 2015, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti

Uno degli obiettivi prioritari è costituito dall' integrazione nella continuità assistenziale terapeutica tra l' Ausl e A.O.U. di Parma, in analogia a quanto attuato con il Presidio Ospedaliero Aziendale.

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.1</b>	<b>Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino. Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio.			E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B3	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti (generici), biosimilari e farmaci a brevetto scaduto secondo gli indirizzi Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
%DDD farmaci a brevetto scaduto/ DDD totale farmaci prescritti( % in attesa di definizione)			AFT	%			81,80%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.2</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Verrà attuata formazione/informazione ai MMG e PLS sulle linee guida di Regionali , con particolare riferimento alle aree critiche della farmaceutica convenzionata. In modo analogo verra condotta attività di informazione/ formazione ai medici ospedalieri. In collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie saranno organizzati Audit Clinici			E' stato presentato il pacchetto informativo sulla vitamina D in alcuni NCP Sono stati fatti 48 incontri individuali con MMg , 8 incontri di NCP e 2 incontri distrettuali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli inibitori di pompa protonica. E' stato fatto un incontro con il Centro di terapia antelgica di AOU su appropriatezza prescrittiva.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze incotri/audit			DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.3</b>	<b>Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio ed altre eventualmente individuate dalla regione, saranno: PPI ,Statine, ACE inibitori, Sartani , antidepressivi			Nel I semestre 2016 i l consumo di PPI è pari a 54,71 DDD 1000 ass.pesati die,di SSRI è pari a 37,74 DDD 1000 ass. pesati die, la % del consumo dei sartani a brevetto scaduto sul totale dei sartani = 87,5 % , la percentuale dei consumo degli Ace ( associati e non ) sul totale dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina è pari a 59,01					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
Evidenza del monitoraggio			Report DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.4</b>	<b>Miglioramento appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Partecipazione al progetto regionale : monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l' uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario			Anche Quest'anno è partita la campagna regionale "antibiotici è un peccato usarli male" per promuovere l'uso responsabile degli antibiotici.Diffusione dello spot video nei monitor della stazione ferroviaria di Parma;ristampa delle locandine "Antibiotici è un peccato usarli male" e"Battimani a chi si lava le mani" e distribuzione presso le farmacie territoriali.,secondo modalità concordate e attivate dall'Agenzia sanitaria e sociale Regionale. Registrata intervista radiofonica sul corretto uso degli antibiotici.						
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015					
<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>Perf. inter</b>	
Evidenze documentali			DAF	Si/No		Si	Si		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.5</b>	<b>Distribuzione per conto</b>							 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Attuazione Accordo locale DPC			Il primo marzo 2016 è stato dato avvio al nuovo accordo DPC. Sono stati organizzati 2 incontri formativi per i titolari e collaboratori operanti nelle farmacie convenzionate del territorio provinciale						
<b>Obiettivi Performance</b>	E4	Contenimento spesa farmaceutica	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015					
<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>Perf. inter</b>	
Aumento n. pezzi vs anno precedente			DAF	% >=	40,00%	60,00%	125,32%	100,00%	
Evidenze documentali			DAF	Si/No		Si	Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.6</b>	<b>Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci</b>					 50%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Diffusione e applicazione nelle strutture aziendali della Revisione n 4 della Procedura Aziendale sul Rischio Clinico dei farmaci e allegati adozione della Raccomandazione del Ministero della Salute n °14 e relativa Raccomandazione Regionale n°3 sulla Sicurezza nella terapia farmacologia "Gestione sicura dei farmaci antineoplastici. Recepimento e avvio delle attività correlate in merito alle recenti Raccomandazioni regionali " Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali"( ottobre 2015); il documento fornisce indicazioni per una corretta gestione delle forme farmaceutiche orali quando sia necessario procedere a: divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione nascosta.</p> <p>Puntuale trasmissione a tutti gli operatori sanitari delle note rilasciate dalle agenzie regolatorie di riferimento in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci .</p> <p>Proseguono nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci a registro AIFA; anche al fine del recupero economico , tramite le procedure di rimborso. incontri formativi sulle prescrizioni di farmaci in off label (nuovo percorso regionale di monitoraggio ). Applicazione nelle UU.OO dell' istruzione operativa aziendale sull' utilizzo delle penne di insulina in regime di degenza. Attuazione di audit relativi a tematiche che verranno evidenziate anche a livello regionale.</p>			<p>Sono stati svolti due incontri per la presentazione e diffusione della Revisione n°4 della Procedura Aziendale sulla gestione clinica dei farmaci alle figure professionali coinvolte (medici, coordinatori infermieristici ed infermieri ) nei giorni 7 Giugno per PO e distretto Fidenza - Borgotaro e il 16 Giugno per Distretto di Parma e Sud Est. Nella revisione sono stati citati i riferimenti normativi relativi alla Revisione Regionale n°3 e ai percorsi aziendali della centralizzazione delle terapie antitumorali con UFA Provinciale. Incontro con Gruppo Integrazione per informazione sui contenuti della Raccomandazione Regionale sulla corretta gestione delle forme farmaceutiche orali negli ambiti individuati dalla stessa (ospedale di comunità, lungodegenze, strutture socio sanitarie per disabili e /o anziani ) Proseguono le attività di monitoraggio Aifa con relative richiesta di recupero economico seguendo le indicazioni e modalità concordate in Area Vasta. Condivisione, per migliorarne la diffusione, con i diabetologi ospedalieri della I.O sull'utilizzo delle penna da insulina in regime di degenza.Nessun Audit in corso....</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze documentali			DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%
Organizzazione audit			DAF/U.O. Governo Clinico	Sì/No	Sì	Sì	No	0,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.7</b>	<b>Sviluppo organizzativo</b>					 65%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Miglioramento dell' integrazione OSPEDALE-TERRITORIO, con particolare riferimento ad A.O.U. di Parma finalizzata alla continuità terapeutica .            Istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale Ausl A.O.U di Parma            Proseguimento delle attività del tavolo interaziendale AUSL/AOUPR di monitoraggio delle prescrizioni al fine di favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio.            Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico presso A.O.U. di distribuzione diretta, dopo visita specialistica e presa in carico dei pazienti. Potenziamento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica del nostro Presidio Ospedaliero.</p>			<p>Nel primo semestre l'incremento della spesa relativa ai farmaci erogati dal Polo Farmaceutico ( con esclusione dei farmaci per l'epatite C ) è stato del 12,9% ( con i farmaci dell'HCV è stato del 27% )</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Volume economico erogato verso anno precedente			DAF e FED	% >=	20,00%	20,00%	12,90%	65,00%
Evidenze documentali			DAF	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.8</b>	<b>Adesione ai Prontuari Regionale e Aven</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Monitoraggio dell' adesione al Prontuario Regionale ed al Prontuario AVEN in tutti gli ambiti di assistenza; sviluppo del controllo prescrittivo in regime ambulatoriale.			L'adesione al PTR e al PT Aven in regime di ricovero ed in dimissione (con erogazione diretta dei farmaci) risulta alta ed in regime di degenza è quasi totale, fatte salve alcune prescrizioni fuori PT necessarie ad assicurare la continuità terapeutica .					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
% prescrizioni PTR sul totale prescrizioni			DAF	% >=	95,00%	98,00%	98,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.9</b>	<b>Appropriatezza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte dei centri autorizzati</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prosegue anche per il 2016 il vincolo di adesione alle Linee Guida Terapeutiche, alle Raccomandazioni correlati al PTR ed elaborati da gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche reumatologia, dermatologia, neurologia (Parkinson Sclerosi multipla), oncoematologia ed epatologia (epatite C), pediatria-endocrinologia, cardiologia, diabetologia. Sviluppo di un sistema di monitoraggio, anche interaziendale, dell'adesione ai Documenti Regionali. Attività rivolte ai clinici di promozione all'utilizzo dei farmaci biosimilari</p>			<p>E' proseguita l'attività di diffusione ed informazione rispetto ai documenti del PTR relativamente ai farmaci afferenti alle aree cliniche della neurologia e dell'epatologia. Azioni di sensibilizzazione rivolte ai clinici per favorire e aumentare la prescrizione dei farmaci biosimilari nelle aree della dialisi (epoietine) e gastroenterologia (INFLIXIMAB).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Monitoraggio prescrizioni			DAF	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.10</b>	<b>Adozione di strumenti di governo clinico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Monitoraggio dei Piani Terapeutici regionali informatizzati( portale SOLE) per la prescrizione e l' erogazione 1.dei farmaci . anticoagulanti orali e 2. dei farmaci per il trattamento dell' epatite C			Prosegue il monitoraggio dei PT regionali (piattaforma Sole) sia per farmaci anticoagulanti orali che per i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci anticoagulanti orali			DAF	% >=		90,00%	100,00%	
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci per il trattamento dell' epatite C			DAF	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.11</b>	<b>Tracceaibilità eccezioni prescrittive</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Utilizzo del nuovo applicativo regionale per tracciare le eccezioni prescrittive: off label, CNN, fuori PTR			Fase iniziale di inserimento dei dati nel nuovo applicativo. Con l'introduzione, nel secondo semestre, di una nuova modulistica informatizzata sarà agevolata e quindi incrementata l'attività di inserimento.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>
Rapporto tra prescrizioni inserite in applicativo/ numero prescrizioni effettuate			DAF	% >=		100,00%	10,00%	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.12 Rete delle Farmacie Oncologiche</b>							
<b>Descrizione</b>	Con atto N 942 del 30.12.15 Ausl è stata deliberata la Convenzione per la realizzazione di un laboratorio centralizzato per l' allestimento delle terapie infusionali antitumorali (UFA) a livello provinciale . Pertanto verrà dato avvio all' esecuzione della convenzione , in modo graduale, con completamento entro l' anno in corso.			<b>Rendicontazione</b>				
				Avvio delle attività con Endoscopia Urologia ma ad oggi non ancora completato l'allestimento di tutte le terapie oncologiche; le attività verranno definitivamente centralizzate con l'introduzione dei sistemi informatici.				
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e d extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Evidenze attività			DAF	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.13 ATTIVITA' INTEGRATA IN AREA VASTA</b>						 100%	
<b>Descrizione</b>	Sviluppo delle attività relative alla predisposizione dei capitolati di gara, per la parte tecnica dei farmacisti, secondo la programmazione gare di AVEN o Intercent_ER Attività di monitoraggio dell' adesione alle gare da parte degli utilizzatori . Avvio delle azioni propedeutiche all' istituzione di una Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta.			<b>Rendicontazione</b>				
				Monitoraggio costante della gestione (es nuovi farmaci – nuovi dosaggi...) e delle criticità emergenti (es.carenze ) nella gestione della gare farmaci al fine di superare le stesse. E' stato avviato il percorso per l' istituzione della CADM di Area Vasta .				
<b>Obiettivi Performance</b>	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze attività			DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.1.14</b>	<b>Governo dei Dispositivi Medici</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>In merito alle Raccomandazioni/ Linee di Indirizzo regionale dovranno proseguire e consolidare le azioni per la loro applicazione e monitoraggio dell'adesione da parte degli utilizzatori:</p> <p>Terapia a Pressione Negativa di ulcere e ferite, (“ Criteri per l'uso appropriato della Terapia a Pressione Negativa nelle ferite acute e croniche” – novembre 2013) Va attuata la rimodulazione del percorso di attivazione, con controllo specifico e monitoraggio dell' adesione delle Raccomandazioni stesse</p> <p>Linee di indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta”( agg. 02/2015) : si dovrà proseguire nell' estensione graduale dell' utilizzo negli ambiti identificati a maggior rischio, sino al completamento.</p> <p>Linee di indirizzo regionali: “Indicazioni per l' utilizzo in chirurgia di dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale ( nov. 2014) Si provvederà a darne ampia diffusione e informazione ; verrà effettuato il monitoraggio d' uso dei sistemi rispetto all' applicazione del documento.</p>			<p>E' stato completato il monitoraggio semestrale dei trattamenti con terapia a pressione negativa, è stato migliorato il percorso di attivazione, che comunque dovrà essere perfezionato. E' stato esteso l' utilizzo dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza, in accordo con il SPPA. In collaborazione con le direzioni mediche di ospedale è stato avviato il monitoraggio dell' adesione alle Raccomandazioni Regionali sull' utilizzo in chirurgia di dm ad ultrasuoni e radiofrequenza; tale monirotaggio ha evidenziato un' adesione del 80%.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenze attività e sistemi di monitoraggio			DAF AVEN	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Settore	5.4.2	DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, rispetto al 2015, dovrà non superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015".</p> <p>Gli obiettivi di seguito descritti e i rispettivi indicatori saranno valutati anche utilizzando gli indicatori del sistema SivER.</p> <p>-Assistenza farmaceutica convenzionata: L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. È richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di farmaci;</p> <p>-Acquisto ospedaliero di farmaci: Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC. Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni:- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto;- adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso</p> <p>-Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV;</p> <p>-Per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica si conferma, anche per l'anno 2016, che l'utilizzo dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco</p> <p>-Tra i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo per terapia</p> <p>-Perseguire l'uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche;</p> <p>- Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci.</p> <p>-Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che l'Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Per il monitoraggio di tali attività verranno effettuate apposite ricognizioni al termine del mese di settembre (dopo la scadenza del termine per l'adozione dei provvedimenti di revisione delle Pianta organiche). L'art. 12 della LR2/2016 dispone inoltre che ogni azienda USL attivi un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutiche. Nel mese di settembre verrà effettuato apposito monitoraggio. (per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici, pag 18)</p>		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.1</b>	<b>Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €.</p> <p>L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, rispetto al 2015, dovrà non superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015". Tabella 1 - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)(per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.1 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 18)</p>			<p>La spesa farmaceutica convenzionata netta dell'Azienda USL di Parma è stata pari a 23.742.392,85 € con una riduzione del 5,28%, corrispondente ad una spesa convenzionata procapite di 53,79€</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>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.2</b>	<b>Assistenza farmaceutica convenzionata</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. È richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di farmaci; in particolare si chiede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il contenimento del consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno ....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 18)</li> </ul>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori. La percentuale di DDD farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte 81,8 %</p> <p>I l consumo di PPI è stato pari a 54,71 DDD 1000 ass.pesati die, il consumo dei sartani a brevetto scaduto sul totale dei sartani = 87,5 % . E stato presentato il pacchetto informativo sulla vitamina D in alcuni NCP Sono stati fatti 48 incontri individuali con MMg , 8 incontri di NCP e 2 incontri distrettuali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli inibitori di pompa protonica.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B3	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti (generici), biosimilari e farmaci a brevetto scaduto secondo gli indirizzi Regionali	<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>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.3</b>	<b>Acquisto ospedaliero di farmaci</b>			
<b>Descrizione</b>	<p>Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC.            Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto;</li> <li>-adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- epoetine il 60%</li> <li>- ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa</li> <li>- anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole</li> <li>- insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati;</li> <li>- introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 19)</li> </ul> </li> </ul>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Diffusione mensile ai medici ospedalieri delle raccomandazioni regionali contenenti le linee di indirizzo d'uso dei nuovi farmaci oncologici elaborate dal GreFO. Avvio dell'attività di monitoraggio in base alle nuove indicazioni regionali per il rispetto delle previsioni concordate con i clinici. Il consumo di di penicilline associate a inibitori delle betalattamasi nel I semestre 2016 ha registrato un calo del 10,2 % rispetto allo stesso periodo del 2015, mentre i fluorochiniloni una riduzione del 17,62.</p> <p>In ambito pediatrico la riduzione nel I semestre 2016 vs 2015 dei consumi di cefalosporine è stata del 20,2% e di macrolidi è stata del 15,7%.</p> <p>Il numero di nuovi pazienti ( naive eswitch ) posti in trattamento con NAO per Fanv nel I semestre 2016 è stato pari a 742.</p> <p>La prescrizione dell'associazione tra bifosfonato e vitamina D nel i semestre 2016 ha registrato un calo dell'0,93% rispetto allo stesso periodo del 2015. In relazione all' impiego dei biosimilari i epoietine 60,04% ; ormone della crescita, con esclusione delle prescrizioni extra RER: 90% in gara sui nuovi pazienti anti TNF alfa ( solo gastroenterologia dell' ospedale di Vaio) 24%. Decade l' obiettivo del biosimilare dell' insulina glargine, in quanto la gara è stata aggiudicata all' originator, per prezzo inferiore.</p>	
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<b>Riferimento Normativo</b>		

Dimensione Performance	3.1	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	3.1.2	<b>Area della Produttività delle Risorse</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.3</b>	<b>Acquisto ospedaliero di farmaci</b>							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	

Dimensione Performance	3.1	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	3.1.2	<b>Area della Produttività delle Risorse</b>				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.4</b>	<b>Adozione di strumenti di governo clinico</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
<p>Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta. Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:</p> <p>-dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE.</p> <p>....</p> <p>Al fine di sensibilizzare il personale sanitario sulla vigilanza dei dispositivi medici e sugli obblighi di segnalazione degli incidenti con dispositivi medici, le Aziende sanitarie devono programmare, per il 2016, attività di formazione su tale tema (per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 21)</p>			<p>E' stato incrementato il monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci non ricompresi nel Prontuario Regionale al fine di sensibilizzare i clinici ad attuare il processo di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica, favorendo così le prescrizioni di farmaci del PTR in continuità terapeutica H - Territorio. Monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci erogabili con piani terapeutici disponibili nella piattaforma sole.</p>						
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
% di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	% >=			38,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.5</b>	<b>Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Flusso Di.Me.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La Legge 125/2015 ha introdotto il meccanismo del payback, ossia la compartecipazione delle imprese fornitrici al ripiano dello sfioramento del tetto di spesa prefissato (pari al 4,4% del finanziamento statale del SSN nel 2015), in misura pari al 40% nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a partire dal 2017. La spesa regionale dei dispositivi medici rilevata nel flusso Di.Me. per l'anno 2015 è stata pari a circa 374 milioni di €, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente.</p> <p>Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2015, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, superando ampiamente la soglia limite dell'indicatore LEA per la valutazione della qualità del flusso (65%). Appare tuttavia ancora critica la rilevazione nel flusso Di.Me. dei consumi dei dispositivi medici diagnostici in vitro e dei dispositivi per l'assistenza integrativa e protesica. L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i consumi dei dispositivi medici, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato e monitorare il grado di adesione delle Aziende sanitarie alle gare di acquisto centralizzate. In particolare si richiede di migliorare la completezza del flusso reattivamente ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).</p>			<p>Nel corso del 2016 si è iniziato ad inserire nelle anagrafiche dei prodotti il codice RDM anche per i diagnostici in vitro (IVD), ai fini della corretta rilevazione dei consumi attraverso il flusso Di.Me. Nei primi 6 mesi risultano completate 70 referenze su un totale di 940 , con una copertura pari al 7,4 %; nel II semestre sarà portata a termine la completezza dei dati anagrafici. Relativamente ai prodotti per l'assistenza integrativa e protesica distribuiti sul territorio, non si rilevano particolari criticità sulla completezza dei dati del flusso Di.Me.</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>Perf. inter</b>
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico			specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.6</b>	<b>Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015.</p> <p>Per perseguire l'obiettivo, le Aziende sanitarie devono dare applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche</li> <li>-dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza</li> <li>-dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs)</li> <li>- terapia a pressione negativa.</li> </ul> <p>Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici la Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) produce raccomandazioni e documenti tecnici per l'utilizzo dei dispositivi ad alto costo sulla base delle migliori prove di efficacia e delle caratteristiche dei prodotti. Tali raccomandazioni, sviluppate in coerenza alla programmazione dell'Agenzia regionale per gli acquisti centralizzati (INTERCENT-ER), costituiscono la base per la definizione delle strategie regionali di approvvigionamento per tali dispositivi.</p> <p>Inoltre, a tutte le aziende si richiede l'adesione alle gare centralizzate dei dispositivi medici di Intercent-ER. Tutte le aziende dovranno porre particolare attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del progetto Bersaglio; per le aziende il cui valore 2015 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una riduzione della spesa. Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015</p>			<p>In riferimento al "progetto Bersaglio", nel primo semestre 2016 rispetto al corrispondente semestre 2015 si evidenzia quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la spesa generale ospedaliera per dispositivi è diminuita, passando da 2.8013.089 € a 2.675.304 €</li> <li>- la spesa ospedaliera per guanti non chirurgici è diminuita, passando da 49.218 € a 47.371 €</li> <li>- la spesa ospedaliera per suturatrici meccaniche è diminuita, passando a 98.762 € a 86.781 €</li> <li>la spesa ospedaliera per dispositivi per elettrochirurgia è diminuita, passando da 166.329 € a 134.261 €</li> <li>la spesa per siringhe è diminuita, passando da 22.836 € a 21.191 €.</li> <li>- Relativamente ai dispositivi con meccanismo di sicurezza in ambito ospedaliero, si è proceduto con l'implementazione delle forniture, con un incremento da 14.480 a 22.526 pezzi (+ 55%)</li> <li>- Terapia a pressione negativa: utilizzo monitorato in rapporto alle indicazioni regionali. Eseguiti 4 trattamenti, conformi alle linee-guida; corretta compilazione della modulistica prevista</li> <li>- Medicazioni avanzate: l'utilità del documento regionale ai fini del governo di tali ausili non appare ben chiara. Sono necessari ulteriori approfondimenti . Per quanto riguarda la spesa per dimesso chirurgico per giornata di degenza, complessità e punto DRG, si dispone dei soli dati di spesa in assoluto, non sufficienti per riuscire a determinare tale correlazione</li> </ul>					
<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>Perf. inter</b>
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità (rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Euro <=				
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità (rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Euro <=				
Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità (rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Euro <=				

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
Obiettivo	5.4.2.6	Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG(rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Euro <=				
Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2015)			specifico flusso di riferimento	Euro <=				

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.4.2.7</b>	<b>Attuazione della LR 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che l'Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Inoltre, in caso di inerzia dei Comuni, sono sempre i servizi farmaceutici delle Aziende Usl a dover segnalare alla Regione le inadempienze dei comuni e a compiere l'attività istruttoria affinché la Regione possa eventualmente esercitare il potere sostitutivo necessario per completare la revisione delle piante organiche nell'intero territorio comunale. Per il monitoraggio di tali attività verranno effettuate apposite ricognizioni al termine del mese di settembre (dopo la scadenza del termine per l'adozione dei provvedimenti di revisione delle Piante organiche).</p> <p>L'art. 12 della LR2/2016 dispone inoltre che ogni azienda USL attivi un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutiche. Nel mese di settembre verrà effettuato apposito monitoraggio.</p>			<p>E' stata svolta l'attività istruttoria del procedimento di revisione delle piante organiche. In particolare è stato svolto il controllo sui progetti delle piante organiche dei comuni del territorio provinciale.</p> <p>Relativamente a quanto disposto dall'art.12 della L.R. n.2 /2016R nella home page del sito internet aziendale esiste un' area dedicata alle farmacie convenzione all'interno della quale viene riportato l'indirizzo , il numero di telefono e la localizzazione di ogni farmacia.</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>Perf. inter</b>

<b>Sub-Area</b>	<b>5.5</b>	<b><u>Medicina riabilitativa</u></b>	 <b>99%</b>
-----------------	------------	--------------------------------------	---

<b>Settore</b>	<b>5.5.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>	 <b>99%</b>
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Con riferimento ai temi strategici contenuti nel Piano delle Performance Aziendale 2016-2018, nella programmazione delle attività di riabilitazione sanitaria per il prossimo triennio sono stati individuati obiettivi di miglioramento e sviluppo nelle seguenti aree tematiche : 1) integrazione ospedale -territorio e percorsi di continuità assistenziale 2) integrazione socio-sanitaria 3) accessibilità ai servizi 4) gestione paziente cronico 5) interventi di promozione della salute.

Le attività si svolgono nelle reti cliniche e nei percorsi clinico-organizzativi di riabilitazione esistenti per favorire la continuità dei percorsi riabilitativi: Progetto GRACER per Gravi Cerebrolesioni ( PSR RER 1999-2001), Mielolesioni ( DGR RER n. 541 2012) Gravi Disabilità Neuro-Motorie dell'età evolutiva DGR n. 138 /2008) , Gravissime Disabilità Acquisite (GraDA, DGR n. 2068/2004 DGR n. 840/2008), Stroke ( DGR n. 1720/2007 ), Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 169/2013), paziente anziano con frattura di femore (DGR n. 1133/2013), Sclerosi Multipla (DGR n. 1134/2015), Linee Indirizzo Regionali percorsi clinico-organizzativi assistenza protesica, ortesica e fornitura ausili tecnologici ( DGR n. 1599/2011).

Ci si propone: 1.implementazione dei percorsi di integrazione con Medicina Riabilitativa Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per la continuità assistenziale e l'appropriatezza della scelta dei diversi setting riabilitativi, con riferimento alle esperienze da tempo consolidate e al modello funzionale del "Progetto Polo Provinciale Riabilitativo Integrato" ( Del. Ausl n. 697/2014). 2.implementazione all'interno della C.d.S. delle attività di presa in carico multidisciplinare territoriale delle persone con disabilità conseguenti a malattia neurologica attraverso lo sviluppo dei modelli clinico - organizzativi di interazione tra UO di Medicina Riabilitativa e UOC Neurologia esistenti, quali il DSA SM neurologico-riabilitativo presente dal 2012 nella C.d.S. Pintor, anche in considerazione della istituzione del Polo Neurologico Interaziendale e della individuazione della C.d.S. Pintor quale centro Hub ( Del. Ausl n. 880/2013) 3. miglioramento dei percorsi di integrazione socio - sanitaria nelle sedi istituzionalmente individuate ( UVM-Commissioni GraDA) 4. sviluppo progettuale ed organizzativo all'interno delle C.d.S. delle attività di promozione della salute in collaborazione con il dipartimento Salute Pubblica 5. consolidamento esperienze di riabilitazione territoriale peculiari : Cure Intermedie C.d. S. San Secondo, Spoke A e T riabilitazione disabilità neuro-motorie in età evolutiva.

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.1</b>	<b>Attività fisica di mantenimento finalizzata alla promozione della salute di persone affette da patologie croniche e disabilità stabilizzata e per la prevenzione delle cadute : Attività Fisica Adattata ( AFA ) , Progetto OTAGO</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguimento attività progettuali per l'organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute nelle C.d.S.			Il riferimento è costituito dal Progetto 3.8 PRP 2015-2016 il cui obiettivo è la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65 attraverso programmi di counselling e di attività motoria mirata condotta da personale fisioterapista con scelta del setting diversificato ( ambulatoriale/ domiciliare ) a seconda dell'età e dei fattori di rischio presenti e coinvolgimento del MMG all'interno delle C.d.S. L'attività è in fase progettuale e ha comportato la partecipazione dei professionisti della riabilitazione al gruppo di lavoro istituito a livello regionale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.5 GPG /2013/283 Piano della prevenzione RER 2016-2018				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	5.5.1.2	Consolidamento riabilitazione sanitaria area delle cure intermedie C. d. S. San Secondo				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Nell'ambito delle cure intermedie di riabilitazione sanitaria territoriale e' stato attivato il Modulo di Riabilitazione Estensiva Territoriale nella Casa della Salute di San Secondo. Target: pazienti affetti da disabilità conseguenti a problematiche ortopediche e neurologiche che necessitano alla dimissione dai reparti ospedalieri per acuti e/o in seguito a ricovero riabilitativo di periodo di riabilitazione in ambiente protetto finalizzato alla reintegrazione sul territorio. Ci si propone per il 2016 consolidamento delle attività secondo standard di esito e di processo dello scorso anno.</p>			<p>Nel corso del primo semestre dell'anno è proseguita l'attività di week-hospital presso la Casa della Salute di San Secondo, attività cui si è dato avvio nel gennaio 2014 e derivata dalla riorganizzazione di parte delle attività programmate rivolte ad utenti stabilizzati dal punto di vista clinico che necessitano di programmi di riabilitazione estensiva. Il numero dei ricoveri nel corso del primo semestre è in linea con il valore atteso. Al fine di migliorare l'occupazione e l'appropriatezza sono stati istituiti momenti di incontro tra riabilitatori ospedalieri e territoriali sulle seguenti tematiche: 1. percorsi facilitati per malati con patologie neurologiche degenerative 2. miglioramento informativa ai colleghi invianti 3. studio possibilità di ricovero per 7gg/7 per casi particolari ( bisogno riabilitativo maggiore/rete familiare in difficoltà )</p>					
Obiettivi Performance	A3	Consolidamento della rete dei posti letto di cure intermedie	Riferimento Normativo	Obiettivo di mandato DG Ausl 1.1 1.2				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
n° ricoveri			Atti DVC	Numero =	50,00	88,00	58,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.3</b>	<b>Attività di integrazione socio-sanitaria</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Garantire da parte dei professionisti della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria a favore di persone disabili adulte e della età evolutiva nell'ambito dei processi e funzioni assegnate, con particolare riferimento alle attività istituzionali nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Commissioni Distrettuali GraDA, in raccordo e con contributo progettuale alle funzioni di coordinamento aziendale delle attività esercitate dal DAS, con mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatri referenti.</p>			<p>In tutti gli ambiti distrettuali sono proseguite le attività dei medici fisiatri e dei fisioterapisti referenti Commissioni Distrettuali UVM e GraDA per le attività di integrazione socio-sanitaria previste dai riferimenti regionali ed aziendali e a garanzia del flusso informativo RER. E' in corso contributo progettuale da parte dei professionisti della riabilitazione al gruppo di miglioramento istituito a livello aziendale che fa capo al DASS.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 2068/04,DGR 840/08,FRNA,FNA ,FSR,Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.8				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			evidenza documentale agli atti della DS	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.4</b>	<b>Ridefinizione PDTA interaziendale SLA</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attività progettuale finalizzata alla revisione del PDTA interaziendale 2007			I riabilitatori hanno fornito contributo progettuale alla prima fase di revisione del PDTA SLA con particolare riferimento a : 1. analisi modalità organizzativa interaziendale attuali 2. fasi della malattia e specifici bisogni socio-sanitari 3. identificazione professionisti di riferimento a livello distrettuale 4. revisione interventi specifici ( es. riabilitativi, pneumologici.)					
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<b>Riferimento Normativo</b>	Sclerosi Laterale Amiotrofica (DGR n. 169/2013)				
<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>Perf. inter</b>
evidenza documentale			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.5</b>	<b>DSA 2 neurologico-riabilitativo Sclerosi Multipla C.d.S. Pintor</b>				 93%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Consolidamento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor-Molinetto in integrazione con UOC Neurologia , e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali da parte del medico fisiatra referente			Nel corso del primo semestre 2016 sono stati presi in carico con modalità DSA n° 32 utenti ( + 23 % 2015) a favore dei quali sono state effettuate n° 47 prestazioni mediche e psicologiche e n° 653 prestazioni riabilitative, fisioterapiche e logopediche. Indice di performance = 92.6					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009				
<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>Perf. inter</b>
Indice di performance			programma informatico	% =	100,00%	100,00%	92,60%	93,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.6</b>	<b>Attivazione percorso integrato presa in carico disabilità neurologiche C.d.S. Pintor</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attività progettuali finalizzate alla facilitazione della integrazione della figura del neurologo per la presa in carico multidisciplinare territoriale degli utenti affetti da disabilità conseguente a problematiche neurologiche afferenti alla UOS di MR territoriale, con riferimento ai modelli organizzativi dei percorsi di presa in carico riabilitativa esistenti (rete H/S, MR AOU, DCP)			Sono in corso i definizioni le modalità organizzative e i percorsi delle attività Hub Polo neurologico svolte presso UOS MR C.d.S. Pintor -Molinetto, con particolare riferimento a presa in carico neurologico- riabilitativa malati SM e revisione percorso DSA 2 - SM. E' stata presentata proposta organizzativa al Direttore Distretto e DCP relativa alle modalità organizzative delle attività ambulatoriali del personale medico neurologo per prima fase sperimentale avvio attività.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.3, 925/11, DGR 1803/2009			
<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>Perf. inter</b>
evidenze documentali			evidenze documentali agli atti della DS	Si/No	No	Si	Si	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.7</b>	<b>Presa in carico riabilitativa disabilità neuro-motorie età evolutiva</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento attività di riabilitazione Spoke A e Spoke T afferenti alle UO di MR presenti nelle C.d.S. secondo riferimenti Linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuro-motorie in età evolutiva secondo modello RER H/S; monitoraggio e governo clinico interazioni tra servizi MR, AOU e UONPIA			Sono proseguite nel corso del primo semestre le attività di valutazione fisiatrica delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva secondo il modello che prevede 1) presa in carico riabilitativa (attività Spoke T) dei bisogni riabilitativi degli utenti residenti nel distretto di PR 2) attività di consulenza su richiesta del NPI di riferimento per i bambini in carico alla UONPIA. Nel corso del primo semestre sono state effettuate complessivamente N° 185 visite.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 138/2008			
<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>Perf. inter</b>
evidenza documentale attività			evidenze documentali agli atti della DS	Si/No	No	Si	Si	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.5.1.8</b>	<b>Percorsi di Integrazione ospedale-territorio e nelle reti H/S per le attività di riabilitazione sanitaria</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Miglioramento percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio con precoce presa in carico territoriale per proseguimento attività riabilitative nell'ottica della unitarietà degli interventi e della loro integrazione nella rete riabilitativa interaziendale, con particolare riferimento a 1) percorso ortogeriatrico 2) percorso pazienti affetti da disabilità neurologiche 3) percorso interaziendale pazienti SLA 4) attività di riabilitazione neuropsicologica. Identificazione di modelli di interazione condivisi in ambito aziendale, con riferimento al Polo riabilitativo provinciale</p>			<p>Sono proseguite nel primo semestre del 2016 i percorsi di interazione Ospedale-territorio a garanzia del percorso di continuità assistenziale e appropriatezza della tipologia di setting riabilitativo. E' stata garantita la tempistica dei tempi di presa in carico degli utenti segnalati ( 3gg lavorativi). E' stata garantita la partecipazione del personale alle attività di incontro interaziendali mensili per la discussione dei casi ( rete attività neuro-psicologiche).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) Obiettivi di mandato DG Ausl PR 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>Perf. inter</b>
evidenze documentali			evidenze documentali agli atti della DS	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>5.6</b>	<b><u>PATOLOGIE CRONICHE</u></b>	 75%
-----------------	------------	----------------------------------	--

<b>Settore</b>	<b>5.6.1</b>	<b><u>Prevenzione cardiovascolare</u></b>	 50%
----------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Applicazione del PDT regionale per lo Scompeso Cardiaco a tutte le realtà aziendali

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.1</b>	<b>Estendere ed omogeneizzare l'applicazione del PDT/SC</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Consolidamento attività degli Ambulatori per lo SC di Parma e Colorno.</p> <p>Attivazione Ambulatorio Scompeso alla casa della Salute di Langhirano.</p> <p>Integrazione clinica ed organizzativa dell'ambulatorio scompeso della Casa della Salute di San Secondo e delle attività di day hospital e di riabilitazione dell'Area Omogenea di Cardiologia del Presidio Ospedaliero Aziendale.</p>			<p>Prosegue l'attività degli ambulatori scompeso di Parma Colorno e Langhirano. Nella casa della Salute di Colorno è ormai consolidata la pratica dell'ambulatorio della cronicità a gestione infermieristica.</p> <p>I cardiologi della casa della Salute di San Secondo svolgono incontri di formazione per l'utilizzo delle procedure informatiche aziendali.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>A6</b>	<b>Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>DGR 172/15</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>Perf. inter</b>
Avvio attività presso Casa della Salute a Langhirano			Atti Direzione Sanitaria	Data	02/02/2016		02/02/2016	100,00%
N. prestazioni effettuate negli ambulatori di Parma e Colorno			Flusso ASA	Numero >=		832,00		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.2</b>	<b>Integrazione ospedale-territorio nella gestione dello scompenso cardiaco</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Stabilizzare i rapporti di gestione dei pazienti con SC tra Ospedale e Territorio. Collaborazione tra Cardiologi ospedalieri e territoriali.			Si sono svolti due incontri per la gestione dei pazienti con malattia aortica e dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica. In tali incontri si sono sviluppati schemi di integrazione tra la cardiologia ospedaliera e quella territoriale.						
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>	
Evidenza documentale			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.1.3</b>	<b>Adesione al Piano Regionale per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Prosecuzione attività del gruppo di lavoro aziendale Richiamo e rivalutazione dei soggetti target Prosecuzione del counseling su stili di vita, ed eventuali terapie. Attivazione della somministrazione della Carta del rischio in quattro Case della Salute (Colorno, Collecchio, Busseto e Bedonia)			Il gruppo di lavoro aziendale si è riunito con il personale delle Case della Salute addetto allo screening per verificare gli accessi alle attività di prevenzione in tutti i settori previsti (cardiologia, centro antifumo, alcoologia e ambulatorio di dietologia). Sono stati effettuati i richiami dei soggetti della precedente campagna svolta presso la Casa della Salute Molinetto-Pintor. E' in corso il reclutamento dei soggetti nelle quattro Case della Salute, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Regionale.						
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>		DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>	
Evidenza monitoraggio regionale			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	5.6.1.4	Centro territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare				 0%		
Descrizione			Rendicontazione					
Inizio di attività clinica del Centro Territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare Primaria e Secondaria all'interno della Casa della Salute Parma Centro in integrazione con le Reti cliniche di Prevenzione Cardiovascolare			Sono proseguiti incontri di presentazione del centro presso i Nuclei di Cure Primarie di Colorno e Parma. E' prevista l'apertura entro l'anno.					
Obiettivi Performance	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	Riferimento Normativo	DGR 172/15 (Obiettivi di mandato del Direttore Generale – punto 1.5)				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Inizio di attività del Centro Territoriale per la Prevenzione Cardiovascolare Primaria e Secondaria			Atti Direzione Sanitaria	Data	30/06/2016			0,00%

<b>Settore</b>	<b>5.6.2</b>	<b><u>Nutrizione Artificiale</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
La programmazione 2015-2016 avrà come obiettivo l'introduzione di strumenti di valutazione nutrizionale e di gravità della disfagia nelle strutture protette con conseguente adozione di programmi terapeutici specifici (trattamento di patologie ad alto impatto nell'anziano come le lesioni da pressione e la disfagia).			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.3</b>	<b>Dimensione della Sostenibilità</b>	Area Performance	<b>3.3.1</b>	<b>Area della Autonomia Economico-Finanziaria</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.1</b>	<b>Mantenimento giornate e livelli di spese</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Contenimento dei livelli di spesa raggiunti nel 2015			In linea con i risultati attesi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	E1	Equilibrio economico-finanziario in sede previsionale	<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>Perf. inter</b>
Volumi economici di spesa inferiori alla spesa rilevata nel 2015			DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=	924.674,00	1.862.283,00	900.939,00	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.2</b>	<b>Riorganizzazione dei processi di cura</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Riorganizzazione dei processi di cura in ambito territoriale attraverso la costruzione di PDTA diretti alla valutazione della disfagia dei pazienti ospiti delle strutture protette in collaborazione con i servizi di riabilitazione e geriatria territoriale.			A discussione avvenuta, è in preparazione il documento da portare all'attenzione della Direzione.							
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<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>Perf. inter</b>		
Elaborazione e validazione documento			UOS Nutrizione artificiale, Riabilitazione e Geriatria territoriale	Data		31/12/2016				

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale					
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.3</b>	<b>Terapia nutrizionale delle lesioni da pressione</b>								
			 100%							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Interventi formativi ai fini dell'attuazione di specifici percorsi di cura nei pazienti affetti da lesioni da pressione ricoverati presso le strutture assistenziali territoriali			E' già stato svolto un incontro nel primo trimestre 2016 presso la Casa della Salute di Colorno ed è in preparazione un ulteriore evento in sede da definire.							
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<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>Perf. inter</b>		
Interventi formativi diretti alle strutture			UOS Nutrizione Artificiale e Geriatria Territoriale	Numero <=	1,00	2,00	1,00	100,00%		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.6.2.4</b>	<b>Equipe interaziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.			Il Direttore dell'U.O. di NA ha presentato alla direzione sanitaria un documento propedeutico all'obiettivi assegnato.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	<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>Perf. inter</b>
Costituzione equipe			atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>5.7</b>	<b><u>Sviluppo reti cliniche pediatriche</u></b>	 100%
-----------------	------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>5.7.1</b>	<b>Area Territoriale</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.1</b>	<b>Profilo Pediatrico Distrettuale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.			Sono state pianificate le modalità di diffusione tra i professionisti del "Profilo Pediatrico 2015", che hanno previsto l'organizzazione di un incontro di UPCP in tutti i distretti per affrontare le tematiche principali contestualizzando gli argomenti nei rispettivi territori. Il Profilo PLS 2015 è stato inviato a tutti i PLS. Prosegue il progetto di ricerca che consente di valutare le scelte assistenziali in un'ottica di appropriatezza e di miglioramento degli esiti clinici.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici			Verbali riunioni	Numero =		1,00	3,00	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.2</b>	<b>Programmi vaccinali</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Offerta delle vaccinazioni in copayment previste dalla Regione Emilia Romagna. Offerta delle vaccinazioni al bambino cronico in applicazione della circolare sulle malattie invasive batteriche-MIB,della Regione Emilia-Romagna.			Le vaccinazioni in copayment, con particolare riferimento a vaccinazione antirotavirus, meningiti e varicella, vengono somministrate a tutti i bambini che lo richiedono previa presentazione di richiesta scritta da parte del Pediatra curante. (rif. Circolare regionale del 09/04/2014). Le vaccinazioni per il bambino cronico previste dalla Circolare regionale 19/06/2014 vengono eseguite a tutti i bambini con patologia cronica per la quale è prevista indicazione che accedono al servizio					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<b>Riferimento Normativo</b>	nota RER PG2014 N108763 del 09/04/2014, nota AUSL-PR prot int 54566 del 22/07/2014, PG/2014/240655 del 19/06/14				
<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>Perf. inter</b>
Effettuazione vaccinazioni in copayment (% delle richieste)			Applicativo gestionale anagrafe vaccinale	% >=		90,00%	90,00%	
Effettuazione vaccinazioni bambino cronico(% dei malati cronici)			Applicativo gestionale anagrafe vaccinale	% >=		70,00%	70,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.3</b>	<b>Patologie croniche pediatriche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con provvedimenti conseguenti: eventi formativi per PLS e attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso.			Nel primo semestre 2016 l'ambulatorio del bambino obeso gestito da un unico Pediatra della Pediatria di Comunità di Parma presso il DUS ha preso in carico 60 bambini per prime visite ed ha eseguito 224 controlli					
<b>Obiettivi Performance</b>	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	<b>Riferimento Normativo</b>	Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso ed obeso di cui alla deliberazione N. 2071/2010-Approvazione del Piani Regionale della Prevenzione" DGR 780/2013				
<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>Perf. inter</b>
Monitoraggio attività del percorso: n. bambini presi in carico presso ambulatoriale dell'obesità pediatrica			Verifica presso sedi ambulatoriali	Numero =		100,00		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.1.4</b>	<b>Attivazione del "Polo Pediatrico" nel Distretto di Parma</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel Polo Territoriale Pediatrico del Distretto di Parma confluiranno le funzioni sanitarie di base e specialistiche legate all'assistenza pediatrica, la pediatria di comunità, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la medicina riabilitativa in età evolutiva ed alcune attività della sezione salute donna. Il nuovo Polo Pediatrico, che diventerà la sede dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie e sarà punto di riferimento nel quale si svolgerà una attività specialistica integrata, nell'ottica della centralità del bambino e della sua famiglia, e costituirà sia il completamento territoriale dei percorsi di cura attivati presso l'Ospedale del Bambino, sia il potenziamento e lo sviluppo dei servizi di 1° livello già presenti nei poli territoriali.</p>			Proseguono i lavori di realizzazione del Polo Pediatrico					
<b>Obiettivi Performance</b>	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli indirizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo	<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>Perf. inter</b>
Attivazione del Polo Pediatrico			Atti del Distretto di Parma	Si/No		Si		

<b>Settore</b>	<b>5.7.2</b>	<b>Area Ospedaliera</b>	 <b>100%</b>
----------------	--------------	-------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Gli obiettivi del 2016 per la parte ospedaliera pediatrica sono quelli del consolidamento della formazione atta a garantire la miglior risposta assistenziale in situazioni di urgenza anche in considerazione del maggior numero di utenti in età pediatrica che accedono al PS del nostro Ospedale e all'incremento del trend delle nascite presso l'Ospedale di Vaio. Correlatamente si sente l'esigenza di modificare l'attuale cartella clinica nell'ottica di una cartella clinica integrata rispondente anche alle mutate esigenze clinico-assistenziali. Si darà inoltre forma a percorsi per migliorare l'accesso all'ambulatorio di cardiologia pediatrica viste anche le attuali mutazioni di esigenze indotte dalle normative sull'abilitazione all'attività fisica in età pediatrica e a percorsi per specifiche esigenze assistenziali per gruppi di neonati nati da madri con problematiche neurologiche o psicologiche.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.4.1</b>	<b>Area del Capitale Intellettuale</b>
-------------------------------	------------	--	-------------------------	--------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.2.1</b>	<b>Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione</b>	 <b>100%</b>
------------------	----------------	--	--

Descrizione		Rendicontazione				
Formazione e aumento delle competenze: per il 2016 proseguiranno la formazione alle manovre di assistenza neonatale per medici, infermieri e ostetriche del Nido secondo le linee guida SIN (Società Italiana di Neonatologia) e gli incontri di formazione alle manovre PBLSD (Pediatric Basic Live Support and Early Defibrillation)		Nel primo semestre 2016 sono stati eseguiti 2 corsi di rianimazione neonatale base e due corsi avanzati per medici, infermieri e ostetriche nel primo semestre 2016. E' stato eseguito un corso PBLSD con la partecipazione anche di istruttori e formatori extra-aziendali.				
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	Linee guida SIN sulla rianimazione neonatale in sala parto e sulla stabilizzazione del neonato. Linee guida SIMEUP sulla rianimazione pediatrica		

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

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.2.2</b>	<b>Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Percorsi ambulatoriali ECG e Ecocardiografia</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Realizzazione percorso ambulatoriale modificato per ECG e Ecocardiografia pediatrica			Le recenti disposizioni in materia di idoneità sportiva hanno creato un sovraccarico dell'ambulatorio di Cardiologia Pediatrica anche per effetto di aumentate richieste di valutazioni cardiologiche ed ecocardiografiche non sempre appropriate. E' stato quindi progettato un nuovo percorso ambulatoriale in particolare per gli utenti che necessitano di ECG e di visite per idoneità sportiva in collaborazione con la medicina dello Sport dell'azienda USL di Parma al fine di ottimizzare il servizio e per ridurre liste di attesa per patologia dell'ambulatorio cardiologico. Il percorso è stato definito. E' stata ora avviata la seconda fase che coinvolge le modalità di prenotazione a CUP. La terza fase prevederà un periodo di avviamento del percorso in prova per correggere eventuali inconvenienti.						
<b>Obiettivi Performance</b>	C1	Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1056/2015					
<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>Perf. inter</b>	
Evidenza documentale			Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse				
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.2.3</b>	<b>Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - percorso allattamento e utilizzo farmaci</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>						
Realizzazione di un percorso per le madri e i neonati di madri che assumono farmaci neurolettici o psicofarmaci finalizzato al benessere madre bambino e al favorire l'allattamento materno.			Un primo documento relativo al percorso per l'Ospedale di Vaio è stato realizzato. Da completare la successiva e finale definizione delle modalità applicative in collaborazione con l'ambulatorio gravidanza del Consultorio.						
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione	<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>Perf. inter</b>	
Evidenza documentale			Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.2.4</b>	<b>Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Cartella clinica neonatologia e pediatrica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione di una nuova cartella clinica neonatologica e pediatrica per meglio adeguare le cartelle stesse alle esigenze assistenziali e terapeutiche e in un'ottica di prevenzione del rischio clinico secondo i concetti della cartella clinica integrata			La nuova cartella è stata realizzata secondo le specifiche indicazioni della cartella integrata. Prima della stesura la composizione della cartella è stata discussa con l'apporto dei professionisti medici ed infermieri del reparto accogliendo i suggerimenti avuti. La cartella è stata valutata anche dal nostro Servizio di Medicina Legale. La stesura del formato e dei contenuti della nuova cartella è stata completata. La cartella sarà quindi rivalutata con gli operatori interessati per il definito completamento. Poi si invierà per la stampa e l'uso.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1706/2009				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti P.O. aziendale	Sì/No		Sì		

Settore	5.7.3 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obiettivo minimo di compilazione (&gt; 50 cartelle anno/PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)</p>	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.3.1</b>	<b>Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obiettivo minimo di compilazione (&gt; 50 cartelle anno/ PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici</li> <li>-Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)</li> </ul>			<p>Si è provveduto a informare i PLS (nota prot 84197 del 17/11/2015) in merito all'aggiornamento degli applicativi rispetto al gestionale software ProBA sviluppato con il supporto della Regione, coerentemente con le Linee Guida Regionali per la gestione della faringotonsillite e sul fatto che la rendicontazione dei test eseguiti dovrà avvenire con modalità informatizzata funzionalmente al riconoscimento dell'incentivo. È in fase di organizzazione un seminario "La faringotonsillite acuta e l'otite media acuta in età pediatrica-Linee Guida Regionali" orientato a condividere l'approccio terapeutico più appropriato determinando, conseguentemente, una riduzione della prescrizione di antibiotici e appropriatezza nella scelta delle molecole.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione			<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>Perf. inter</b>
Distribuzione ai PLS dei test rapidi rispetto al numero di assistiti		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		
Promuovere utilizzo applicativo web Proba con erogazione dell'incentivo al raggiungimento dell'obiettivo minimo(num cartelle all'anno per PLS)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		
Percentuale prescrizione di amoxicillina clavulanato/amoxicillina (rispetto al 2015)		specifico flusso di riferimento	% <=				
Tasso di prescrizioni di antibiotici (rispetto al 2015)		specifico flusso di riferimento	% <=				

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.7.3.2</b>	<b>Allattamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento contenuto nell'anagrafe vaccinale regionale riducendo la quota di dati mancanti al di sotto del 10% per le aziende che hanno avuto problemi nel 2015 (Piacenza, Modena, Cesena). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. L'efficacia degli interventi verrà misurata a circa tre e cinque mesi di età del bambino.			Il questionario sull'allattamento viene somministrato alla prima e seconda dose di vaccinazioni attraverso il programma informatizzato ONIT ; la raccolta dati è iniziata a marzo 2016 e terminerà a novembre 2016. L'elaborazione è consentita solo a livello regionale e prevista nel 2017. Si riportano i dati ufficiali a disposizione relativi al 2015 elaborati nel 2016 dalla Regione. La Pediatria di comunità nel primo semestre 2016 ha partecipato a incontri regionali e incontri locali per l'organizzazione di iniziative inerenti la tematica in questione					
<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>Perf. inter</b>
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(allattamento completo)			specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%	28,00%	
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (allattamento completo)			specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%	52,00%	
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(quota di non allattamento)			specifico flusso di riferimento	% <=		32,00%		
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (quota di non allattamento)			specifico flusso di riferimento	% <=		23,00%		

<b>Sub-Area</b>	<b>5.8</b>	<b><u>Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u></b>	 100%
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>5.8.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>	 100%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

La popolazione immigrata residente nella nostra provincia rappresenta ormai il 13.36% (59.507 individui di cui la maggioranza di sesso femminile) di tutta la popolazione della provincia, alla data del 01.01. 2015). A questi vanno aggiunti i non residenti ed i soggetti non iscrivibili ai SSN ed in particolare si tenga conto delle persone inserite in particolari situazioni di accoglienza (SPRAR, Mare Nostrum o classificati come PSU). Le problematiche sanitarie espresse da questa popolazione (regolari ed irregolari) hanno sempre trovato, nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello Spazio Salute Immigrati, in particolare, importanti punti di riferimento. Permane ,tuttavia, una difficoltà da parte di un gran numero di utenza straniera ad utilizzare adeguatamente e consapevolmente le offerte dei servizi aziendali e le opportunità di cura e di prevenzione nelle loro diverse articolazioni. Diversi, sono i motivi evocati.

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.8.1.1</b>	<b>Continuità della figura del promotore di salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Per limitare i rischi potenziali di iniquità sono state formate figure professionali (progetto di Modernizzazione 2010-2012) chiamate promotori di salute; si tratta di membri delle comunità maggiormente residente sul territorio provinciale con buona conoscenza delle realtà territoriali e capace di fungere da ponte tra il servizio sanitario e la comunità al fine di migliorare la circolazione dell'informazione e promuovere ed stimolare azioni di promozione di salute. La finalità è quella di implementare la conoscenza delle varie opportunità di cura offerte dai vari servizi aziendali (funzione di orientamento) tale da migliorare l'accessibilità/fruibilità dei servizi e Migliorare/Rinforzare la partecipazione della comunità alle politiche e campagne di promozione della salute licenziate dall'azienda o su temi identificate dalle comunità.</p> <p>L'attività del Promotore di salute consisterà:          sul piano strategico, in un completamento del coinvolgimento del territorio e di tutti gli attori (enti, associazioni, distretti), per la evidenza dei principali determinanti di salute;          Sul piano gestionale, in un monitoraggio costante sotto il coordinamento della UO salute immigrati, in stretta collaborazione con i dipartimenti cure primarie.</p>			<p>nel corso dell'anno 2016 sono proseguite la azioni già programmate dei promotori presso le Case della Salute; si aggiungono a tali azioni gli incontri programmati, organizzati a favore della popolazione migrante di recente ingresso in Italia e ancora residente nei Centri di Accoglienza Straordinaria o SPRAR, aventi l'obiettivo di dare completezza alle attività informative/educative rivolte a tale popolazione e migliorare la capacità individuale di autopromozione del benessere e le capacità di interazione con il SSI.. Al fine di potenziare le capacità e le conoscenze dei promotori stessi a fronte di questo nuovo impiego, nel primo semestre 2016 si è programmata ed organizzata una attività formativa ad hoc, (due incontri di programmazione), di concerto con la Direzione Socio-Sanitaria dell'Az. USL ed il Privato di Settore (CIAC). Le azioni sono in corso.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Incontri di monotoraggio/aggiornamento con i Promotori di salute			Verbali incontro c/o Casa della Salute	Numero		5,00	2,00	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.8.1.2</b>	<b>Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Presso l'Ausl di Parma, al fine di garantire accessibilità a tutti i cittadini stranieri non iscrivibili al SSN o con difficoltà ad orientarsi adeguatamente nella rete dei servizi o parte di gruppi vulnerabili, sono già attivi ambulatori distrettuali dedicati che funzionano da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale. In queste strutture gran parte dell'attività è finalizzata all'assistenza di medicina di base, educazione sanitaria, alla prevenzione ed a sorveglianza infettivologica. Le attività assistenziali e quelle dell'osservatorio epidemiologico servono anche per meglio orientare le azioni di promozioni della salute sulle criticità osservate. Gli obiettivi proposti nell'anno 2016 sono il consolidamento dell'attività nella sede distrettuale di Parma, la strutturazione delle attività nel Distretto di Fidenza e Borgotaro-Fornovo. Gli obiettivi operativi sono: l'inquadramento sanitario, la acquisizione di una competenza sanitaria personale e di stili di vita salutari, la prevenzione attiva delle malattie diffuse prevenibili, favorire l'emergenza e documentare situazioni di tortura.</p>			<p>La attività ambulatoriale che trova attuazione presso lo Spazio Salute Immigrati si rivolge a persone che presentano posizioni differenti nel confronto del SSN: gli ingressi nel primo semestre 2016 sono stati di 974 persone, che hanno avuto accesso al Servizio almeno una volta. Di queste 340 erano viste per la prima volta nell'ambito della accoglienza migranti: tutte sono state sottoposte all'accoglienza Infermieristica ed Educazione Sanitaria e a Visita Medica di inquadramento sanitario e screening patologia infettiva. Per valutare la efficacia della sorveglianza infettivologica si sono contati i referti del test Hbs-Ag, registrati nei fascicoli sanitari conservati presso il SSI, quale indicatore del completamento della fase di inquadramento sanitario. Su 340 casi 273 sono stati i referti registrati (80,29% dei casi). I restanti 67 casi (19,71%) sono persi di vista, per lo più si tratta di persone trasferite in provincia presso CAS ubicati in altri distretti aziendali, che sfuggono alla azione di registrazione (visitati presso la sede di Fidenza/Fornovo) ovvero di casi che, per motivi altri, non si sono ripresentati allo scrivente Servizio.</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>Perf. inter</b>
N. prestazioni/n. persone in carico			cartelle cliniche	Numero >=	1,50	2,00	273,00	100,00%
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento			cartelle cliniche	% >=	70,00%	70,00%	80,29%	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.8.1.3</b>	<b>Presenza in carico e cura di vittime di tortura</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'AUSL di Parma ha rinnovato, nel 2015, un protocollo d'intesa con l'associazione di accoglienza di vittime di tortura (CIAC onLus) che opera sul nostro territorio al fine di costituire un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di vari disciplina (sociale e sanitario). Anche per il 2016 dovrà continuare l'attività di sostegno e di presa in carico delle vittime di tortura attraverso due sostanziali linee di indirizzo: il consolidamento del Centro quale punto di riferimento per nuovi casi e il monitoraggio e l'assistenza dei casi già in carico al fine di un più puntuale loro orientamento ai fini di un recupero bio-psico-sociale.</p>			<p>La azione a favore delle persone vittime di violenza, tratta, tortura è proseguita nel corso dell'anno 2016, imponendo al SSI uno sforzo organizzativo ed un impegno superiore all'atteso, in relazione al grande aumento del numero degli arrivi ed alle modificazioni dei flussi migratori. Nel corso del primo semestre 2016 le certificazioni Mediche per presentazione alle sono state 51, le Relazioni Psicologiche 16. Si precisa che dal 01.07.2016 la figura professionale dello Psicologo, dopo la cessazione di attività per fine contratto, non è stata sostituita e che al presente i tempi di attesa per Certificazione Medica sono di almeno 3 mesi, con attività sospesa dal mese di Agosto.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
n. certificazioni			salute immigrati	Numero >=	25,00	50,00	72,00	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>5.9</b>	<b><u>SANITA' PENITENZIARIA</u></b>
-----------------	------------	-------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>5.9.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

I provvedimenti normativi contenuti nel DPCM 01.04.2008 e i successivi atti regionali hanno disegnato il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal servizio Sanitario Regionale. La DGR 588/2014 definisce la Casa di promozione e tutela della salute in carcere come un presidio dell'AUSL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dall'accesso, attraverso la collaborazione dei professionisti e la condivisione dei percorsi assistenziali. I conseguenti atti regionali ed aziendali richiedono ora la realizzazione di interventi riorganizzativi che traducano in operatività le indicazioni programmatiche.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.2</b>	<b>Area della Produttività delle Risorse</b>
-------------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------	--------------	--

<b>Obiettivo</b>	<b>5.9.1.1</b>	<b>Qualità delle cure</b>
------------------	----------------	---------------------------

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

Sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale si rende necessario procedere con azioni di consolidamento dell'organizzazione, finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza, basata su interventi interdisciplinari ed integrati. Attraverso lo sviluppo di equipe integrate che utilizzano il PAI quale strumento di integrazione e la definizione del Profilo di Salute è possibile perseguire una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica.

E' già attiva da maggio 2016 la riorganizzazione sulla base della delibera n.309/2014.

<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 314/09, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11 Circolare RER n. 15 2013 Deliberazione 309 14			
------------------------------	--	------------------------------	--	--	--	--

<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>Perf. inter</b>
Evidenza Attività equipe integrata	Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari	Si/No		Si		

<b>Settore</b>	<b>5.9.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari</b>					
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016			Indicazione sintetica della situazione attuale				
(DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari")							
<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>5.9.2.1</b>	<b>Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere -Aspetti Organizzativi</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>La "Casa di promozione e tutela della salute in carcere" è un presidio della Azienda USL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze (DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari").</p> <p>Per il 2016, si segnalano gli obiettivi, concordati con i responsabili di programma salute nelle carceri, riferiti a Aspetti organizzativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carta servizi: tutte le Aziende USL devono averla specifica per la sanità penitenziaria.</li> <li>- Protocollo prevenzione rischio suicidario</li> <li>- Valutazione incompatibilità salute/detenzione</li> </ul>			<p>La Carta dei Servizi è stata scritta e sarà pubblicata entro la fine del 2016. Il protocollo per il rischio suicidario è stato deliberato nel dicembre del 2015 ed è operativo da gennaio 2016.</p> <p>Dalla fine del 2015 è stato stipulato un contratto con un professionista specialista in medicina legale e costituito un collegio per la valutazione della compatibilità/incompatibilità alla detenzione.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>		<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari"				
<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>Perf. inter</b>
% di detenuti valutata dal collegio medico-legale sul totale dei detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo		specifico flusso di riferimento	%		100,00%		
Definizione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria		UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		
Sottoscrizione del protocollo per il rischio suicidario		UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.9.2.2</b>	<b>Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere- Prevenzione e promozione della salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prevenzione e promozione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuazione screening HIV</li> <li>- Offerta screening oncologici: alla popolazione femminile devono essere offerti gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali; a tutta la popolazione detenuta &gt;= 50 anni va offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto.</li> <li>- Pianificazione dell'attività di promozione della salute in collaborazione col promotore di salute</li> <li>-PAI (Piano Assistenziale Individuale) Per l'anno 2016, dovrà essere inoltre posta particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.</li> </ul>			<p>Gli screening HIV sono effettuati a tutti i nuovi giunti entro 14 giorni dal loro arrivo. Il Carcere di Parma è un carcere maschile per cui gli screening effettuati sono solo quelli del colon retto a cui tutti i detenuti sopra i 50 anni vengono sottoposti. Il Promotore della salute effettuano due volte alla settimana nelle varie sezioni sedute di educazione ed informazione sanitarie alla popolazione detenuta. Sono anche coinvolti nella spiegazione ed acquisizione del consenso per le vaccinazioni. Dall'attuazione della Delibera 309/2014 gli operatori sanitari compilano il PAI nella cartella SISP.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari"				
<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>Perf. inter</b>
n. di interventi info-educativi realizzati nell'anno			specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		
effettuazione del PAI			UO Salute Istituti Penitenziari	% >=		80,00%		
n. nuove persone detenute nell'anno per >= 14 giorni screenate per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per >= 14 giorni			specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		
n. persone detenute >= 50 anni alle quali è stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute >= 50 anni presenti			specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
attivazione gruppi tra pari			UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>5.10</b>	<b><u>Psicologia Clinica e di Comunità</u></b>	 100%
-----------------	-------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>5.10.1</b>	<b><u>Quadro Generale</u></b>	 100%
----------------	---------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Attivazione del progetto di riorganizzazione del programma di Psicologia Clinica e di Comunità in UOC

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	Area Performance	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.10.1.1</b>	<b>Costituzione gruppi di lavoro</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Costituzione di un gruppo di lavoro per l'attività degli psicologi nel DAI-SMDP e di un gruppo di lavoro per l'attività degli psicologi nell'area delle Cure Primarie, Ospedali e carcere per la definizione delle tipologie degli interventi psicologici, psicodiagnostici, di psicoterapia individuale, di gruppo e familiare, attività di accoglienza, valutazione e diagnosi.			Si sono attivati i 2 gruppi di lavoro in data 08-03 che stanno producendo i documenti relativi ai percorsi d'intervento dello psicologo nei PDTA e nei servizi					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Verbali incontri in atti presso UOC Psicologia Clinica	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>5.10.1.2</b>	<b>Costituzione tavolo tecnico</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Elaborazione proposte iniziali da parte del tavolo tecnico			Si è costituito il tavolo tecnico in data 09-08 e iniziato a condividere le proposte di riorganizzazione					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			in atti a Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

<b>Area</b>	<b>6</b>	<b><u>PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI</u></b>		 100%
<b>Sub-Area</b>	<b>6.1</b>	<b><u>Il Sistema Informativo a supporto della programmazione</u></b>		 100%
<b>Settore</b>	<b>6.1.1</b>	<b><u>Azioni di consolidamento</u></b>		 100%
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Le azioni di sistema informativo da mettere in atto nel corso del 2016 consisteranno da un lato nel consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e dall'altro nello sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. La disponibilità dei dati, nei formati e tempi stabiliti dagli organi di controllo e coordinamento regionale e nazionale, garantisce una migliore attività di programmazione.</p>				

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.1.1</b>	<b>Adempimenti nei flussi informativi</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Mantenimento e miglioramento della qualità e tempestività del flusso informativo e rispetto delle scadenze per tutti i flussi informativi regionali dell'area sanitaria e sociosanitaria. L'attività comporta l'eventuale adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali e la traduzione delle azioni in attività specifiche del Servizio RIT.			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.6 Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Riduzione degli scarti (calcolati secondo le specifiche regionali relativamente ai diversi flussi)			Evidenze documentali (nell'ambito delle specifiche contenute nella DGR 901 del 13/07/2015).	% <=	1,00%	0,50%	1,00%	100,00%

Settore	6.1.2	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali (Siseps) mediante una attenta gestione di policy, processi e standard di gestione dei dati ha realizzato nel tempo e messo a disposizione, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, il datawarehouse regionale, seguendo sia le priorità indicate dalla programmazione regionale sia gli obblighi derivanti dal livello nazionale- Ministero dell'Economia e Finanze – Sistema TS, Ministero della Salute NSIS, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.</p> <p>Il datawarehouse regionale costituisce il punto di riferimento per l'alimentazione del sistema di business intelligence che, mediante strumenti facilmente accessibili, mette a disposizione dati ed informazioni per svolgere le funzioni decisionali e di controllo, sia a livello regionale che aziendale.</p> <p>L'obiettivo 2015, già obiettivo di mandato viene mantenuto e rafforzato anche alla luce degli adempimenti LEA che introdurranno, dal 2017, la "funzione cancello" sugli obblighi informativi,</p> <p>come prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) da cui deriverà la griglia LEA .</p> <p>Obiettivo: Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS.</p> <p>La Direzione Generale deve impegnarsi a consolidare e favorire tutte le attività finalizzate alla raccolta, in maniera standardizzata e uniforme, delle informazioni relative alla salute della popolazione e al ricorso ai servizi sanitari, garantendo la trasmissione di dati attendibili in conformità a quanto previsto da circolari e documenti tecnici.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.5. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti, pag 42)</p>		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.1.2.1</b>	<b>Sistema informativo regionale - rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Priorità che derivano da modifiche delle norme nazionali, come l'implementazione della nuova SDO, che si modifica per decreto nazionale a partire dal 2017, e che sarà l'occasione per reingegnerizzare i processi di gestione del flusso e ritorno informativo, primo esempio di un percorso che progressivamente coinvolgerà altri flussi.</p> <p>Per l'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate ed accreditate sarà rivolta una particolare attenzione, alla luce della revisione in atto sulla normativa su autorizzazione ed accreditamento. Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Inoltre sul flusso PS e 118 sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato.</p>			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS			RIT	% >=		90,00%	80,00%	

<b>Sub-Area</b>	<b>6.2</b>	<b><u>Il Sistema Informatico Aziendale</u></b>	 100%
-----------------	------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>6.2.1</b>	<b><u>Obiettivi 2015</u></b>	 100%
----------------	--------------	------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le azioni di sviluppo e consolidamento in ambito hardware e software del sistema informatico aziendale a carico del servizio RIT per l'anno 2016 saranno orientate al raggiungimento di obiettivi atti a garantire continuità operativa in relazione allo svolgimento di servizi di supporto tecnico-informatico alle linee di attività aziendali e in linea con gli obiettivi definiti nei piani programmatici regionali, di area vasta e provinciali ed in particolare con quanto definito nel documento "Obiettivi di mandato della Direzione generale", nel Piano delle performance 2016-2018 e nel Piano triennale degli investimenti 2016-2018.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.3</b>	<b>Dimensione della Sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.3.2</b>	<b>Area degli investimenti</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.1</b>	<b>Azioni di sviluppo</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci da 2013/20-2 a 2013/20-20 e 2013/21-2, 2013/21-4, 2013/21-6.			le attività sono in corso rispetto alla pianificazione tecnica ed economica prevista.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale				
<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>Perf. inter</b>
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite i seguenti indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018			Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	30,00%	70,00%	30,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.1.2</b>	<b>Azioni di consolidamento</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci 2013/20-1, 2013/21-1, 2013/21-3, 2013/21-5.			le attività sono in corso rispetto alla pianificazione tecnica ed economica prevista.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 1.1 Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite il seguente indice: importo spese sostenute/importo spese presenti nelle voci sopra indicate del Piano triennale degli investimenti 2016 - 2018			Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	30,00%	70,00%	50,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>6.2.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione. Piattaforme Logistiche Nel corso del 2016 il livello regionale avvierà una ricognizione delle principali piattaforme logistiche del Servizio sanitario regionale con l'obiettivo di definire indicatori che permettano un confronto comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende sanitarie saranno chiamante a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.....(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.5. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti, pag 40)</p>		

Dimensione Performance	3.5	<b>Dimensione della Innovazione</b>	Area Performance	3.5.1	<b>Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.1</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Software GRU</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La programmazione del 2016 prevede la conclusione della fase di realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2017. Le aziende entro il 31/12/2016 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.</p>			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo			Relazione RIT	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.2</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Realizzazione Software per GAAC</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il progetto relativo alla realizzazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC) concluderà la fase di definizione del capitolato di gara con la relativa pubblicazione. Le Aziende dovranno garantire la loro collaborazione attraverso i propri professionisti presenti nei gruppi di lavoro.			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
% conclusione del capitolato di gara			Atti RIT	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.3</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) -Diffusione SSI a tutti i MMG</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>La Regione Emilia-Romagna prosegue con la realizzazione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (SSI) terminando la fase di sperimentazione da parte dei MMG ed iniziando la fase di diffusione su tutti i medici convenzionati. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura che impegna, accanto ai servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale), tutte le Aziende e la società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività cooperative di formazione, conversione dati e affiancamento ai professionisti medici. Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie. L'obiettivo di copertura sarà almeno il 50% entro il 31/12/2016; in tal modo si potrà dare avvio alla manutenzione dello stesso applicativo riducendo i costi di manutenzione complessiva.</p>			<p>Le attività di formazione ai MMG sulla SSI sono state svolte da CUP2000 in collaborazione con i DCP aziendali, compatibilmente con le indicazioni regionali in merito alle adesioni volontarie e all'attivazione dei nuovi MMG.</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>
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati			specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	
							<b>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.4</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - applicativo ARA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Per quanto riguarda il sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), applicativo unico regionale per le funzioni di medicina di base, le Aziende devono migrare o integrare, nella misura del 100%, i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021. Il successo del progetto sarà possibile solo se ciascuna azienda metterà in campo tutte le azioni già definite e calendarizzate necessarie a ciascuna attivazione.			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.5</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Software per il sistema trasfusionale regionale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso del 2016 verrà aggiudicato il bando del software unico per il sistema trasfusionale regionale. Le Aziende devono garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate.			Le attività di supporto si svolte compatibilmente con il ruolo spoke che l'Azienda USL riveste rispetto all'Azienda Ospedaliera di Parma, Hub per il servizio trasfusionale. Le attività di gara sono state svolte a livello regionale e le procedure amministrative sono in corso.					
<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>Perf. inter</b>
Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.6</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Ricetta Dematerializzata</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni continua nella pianificazione 2016 con il completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende entro la fine del 2016 devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.			L'unico software prescrittivo provinciale è stato adeguato con quanto indicato dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.7</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - FSE</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Le funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica, vedranno nel corso del 2016 il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare saranno recepiti i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE: l'accesso da parte del delegato, previa autorizzazione da parte del titolare del FSE per un arco di tempo predefinito e l'accesso assistito alle funzionalità del FSE.</p> <p>Le attività di diffusione del Fascicolo continuano attraverso accordi con le associazioni dei donatori di sangue e la possibilità dell'utilizzo dell'identità digitale previo accordi con Poste Italiane, Federa e SPID. Le Aziende entro il 31/12/2016 devono adattare i loro software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Inoltre devono garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE in modo da corrispondere per tipologia ad un livello regionale minimo, sulla base delle indicazioni fornite dai competenti servizi regionali. Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ...).</p>			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione				
<b>Obiettivi Performance</b>	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica			<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>Perf. inter</b>
% adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	
% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	
% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.8</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - Dematerializzazione fatture</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La fase di dematerializzazione delle fatture continua anche per il 2016 con l'attuazione del decreto legge n.55 del 3 aprile 2013 e decreto legge n.66 del 24 aprile 2014. Sarà fornito alle aziende il supporto necessario per gli adeguamenti normativi relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto. Le Aziende nel rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter devono completare la fase 2 entro il 31/12/2016.			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		<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>Perf. inter</b>
rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2			Atti RIT	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.2.2.9</b>	<b>Information Communication Technology (ICT) - perfezionamento dei Sistema SIGLA</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La programmazione del 2016 prevede il perfezionamento dei Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri come indicato nel DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, pag.24			Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione					
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa			Documenti RIT	Si/No		Si	Si	

<b>Sub-Area</b>	<b>6.3</b>	<b><u>ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u></b>
-----------------	------------	---

<b>Settore</b>	<b>6.3.1</b>	<b><u>Accreditamento e Qualità</u></b>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Con atto deliberativo di Giunta Regionale n. 1604 del 26.10.2015 avente per oggetto il "Recepimento Intesa, ai sensi dell'art.8, della legge 5 giugno 2003 n.131, tra Governo, le Regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie", la Regione Emilia-Romagna recepisce il modello che si dovrà sviluppare secondo le tempistiche contenute in allegato A al documento stesso. L'Azienda quindi dovrà prevedere operativamente l'adeguamento ai nuovi criteri/requisiti negli anni 2016, 2017 e primo semestre 2018. Nel percorso di avvicinamento ai criteri/requisiti si ipotizzano i seguenti sotto-obiettivi: 1) Autovalutazione Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per confermare lo stato del sistema qualità aziendale al tempo zero rispetto al nuovo modello; 2) Attività formativa, sul nuovo modello, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale; 3) Audit organizzativi interni nel corso dell'adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi; 4) Affiancamento nella predisposizione documentale; 5) Sviluppo del rapporto di ascolto e del coinvolgimento del cittadino.

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.1</b>	<b>Autovalutazione di Livello Az.le/Dip./UOC/Uffici Staff per confermare lo stato del sistema qualità aziendale al tempo zero rispetto al nuovo modello</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le articolazioni dovranno effettuare una prima autovalutazione entro data pianificata dall'Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento, al fine di misurare il livello di adeguamento iniziale ai criteri/requisiti predisposti nel documento.			<p>1. Autovalutazione Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per la conferma dello stato del sistema qualità az.le al tempo zero. Tra aprile e maggio 2016 l'Ufficio ha effettuato n.ro tre audit organizzativi interni per valutare lo stato dell'arte delle Strutture, nello specifico il DAISM-DP, l'Ospedale di Fidenza e l'Ospedale di Borgo Val di Taro. 2. Attività formativa sul nuovo modello rivolta ad ogni articolazione dipartimentale. Nel corso del primo semestre è stata effettuata per la rete dei valutatori e facilitatori az.li afferenti alle articolazioni dipartimentali, un'attività formativa riguardante il nuovo modello di Accreditamento Istituzionale, così come proposto dalla DGR n.ro 1604/2015; 3. audit organizzativi interni per adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi. Questo punto è strettamente relato al punto uno (autovalutazione); 4. Attività di predisposizione della documentazione riguardante il Dipartimento Cure Primarie. 5. Sviluppo del rapporto di ascolto e del coinvolgimento del cittadino. L'ufficio ha contribuito attivamente al proseguo dell'attività di ascolto del cittadino-utente così come da adozione di Programma Regionale. Sono state altresì svolte attività di analisi e sviluppo di reportistica per i progetti inseriti nel cataologo 2016.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Det. Reg. N.ro 53 del 2014 in tema di Accreditamento Istituzionale				
<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>Perf. inter</b>
N.ro di griglie di autovalutazione compilate/N.ro Tot. di Articolazioni aziendali coinvolte X 100			Griglia di autovalutazione	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.2</b>	<b>Attività formativa, sul nuovo modello, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Moduli formativi, sul nuovo modello di accreditamento, per ogni articolazione dipertimentale interessata.			Nel corso del primo semestre è stata effettuata per la rete dei valutatori e facilitatori az.li afferenti alle articolazioi dipartimentali un' attività formativa riguardante il nuovo modello di Accredimento Istituzionale, così come proposto dalla DGR n.ro 1604/2015.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accredimento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Linee guida regionali "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino" Piano Sanitario e Sociale Regionale (parte V, capitolo III "Comunicazione e Partecipazione")				
<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>Perf. inter</b>
N.ro di articolazioni dipartimentali formate/N.ro Tot. dipartimenti da formare X 100			Calendarizzazione att.tà formativa	% =		100,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.3</b>	<b>Audit organizzativi interni nel corso dell'adeguamento al nuovo modello previa pianificazione e calendarizzazione degli stessi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Verifiche periodiche dello stato di avanzamento dell'adeguamento ai criteri/requisiti stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni previsti per l'accreditamento e condotti da Team di valutatori formati a livello regionale, effettuati con il coinvolgimento della rete dei valutatori aziendali.			Tra aprile e maggio sono stati effettuati n.ro tre audit organizzativi interni rivolti alle seguenti Strutture: DAISM-DP; Ospedale di Fidenza e Ospedale di Borgo Val di Taro.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accredimento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Linee guida regionali "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino"				
<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>Perf. inter</b>
N.ro di Audit organizzativi (2016) /N.ro Tot. dei Dipartimenti X100 (secondo semestre 2016)			Verbal di audit	% >=		1,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.4</b>	<b>Affiancamento nella predisposizione documentale</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
In previsione delle verifiche che inizieranno nel secondo semestre del 2018, l'Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento effettuerà attività di consulenza e affiancamento per la predisposizione del materiale documentale nonché l'individuazione delle evidenze cogenti richieste dal modello.			Per il Dipartimento Cure Primarie è stata predisposta la documentazione necessaria per rispondere ai requisiti generali del modello di accreditamento. È stata inoltre, predisposta una calendarizzazione per ogni Distretto riguardante l'adempimento documentale, trasversale e non, necessario al percorso di accreditamento.							
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale		<b>Riferimento Normativo</b>	Det. Reg. N.ro 53 del 2014 in tema di Accreditamento Istituzionale					
<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>Perf. inter</b>		
Effettuazione di attività di supporto rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità: consulenze a tutti coloro che ne faranno richiesta, predisposizione di materiale documentale, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e miglioramento.			Registrazione consulenze	Si/No		Si				

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.1.5</b>	<b>Sviluppo del rapporto di ascolto e coinvolgimento del cittadino</b>								
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
In riferimento alle Linee Guida regionali sul tema in oggetto l'azienda ha elaborato un proprio "programma triennale" per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino (2015-2017). Il programma risponde alla necessità di mettere a sistema differenti strumenti di dialogo con i cittadini/utenti. Il programma oltre che essere una dovuta applicazione delle Linee Guida regionali è parte integrante dei nuovi criteri/requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale contenuti nel documento tecnico di cui all'intesa Stato - Regioni.			L'Ufficio ha definito, condiviso e presentato il programma per l'Ascolto ed il Coinvolgimento del cittadino-utente, in seguito ad un tavolo di lavoro costituito da professionisti az-li con il coinvolgimento del CCM, per il 2016, sono state definite n.ro dodici progetti di ricerca. L'ufficio per quattro di queste ha provveduto all'elaborazione e analisi dei dati.							
<b>Obiettivi Performance</b>	D7	Promozione della trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione		<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>Perf. inter</b>		
n.ro di azioni 2016 proposte dalle singole articolazioni			Scheda proposta	Numero >=		10,00				
n.ro di progetti attivati/n.to Tot di azioni 2016 proposte			Scheda progetto	% <=		75,00%				

<b>Settore</b>	<b>6.3.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)</p> <p>Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il sostegno alle attività di ricerca,</li> <li>- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,</li> <li>- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,</li> <li>- la promozione di politiche di equità e partecipazione,</li> <li>- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.</li> </ul>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.1</b>	<b>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - processo di revisione del modello di accreditamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni ed audit interni.</li> </ul> <p>(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)</p>			<p>Audit finalizzato al passaggio dal modello di accreditamento DGR 327/2004 al modello DGR 1604/2015: 1) Nel periodo compreso tra marzo e maggio 2016 l'Ufficio ha effettuato per i Servizi DAISM-DP; Ospedale di Fidenza e Ospedale "Santa Maria " di Borgo Val di Taro , un audit organizzativo prettamente focalizzato sull'analisi documentale, per valutare il sistema qualità delle organizzazioni sopra riportate, con lo scopo di valutare la dinamicità del sistema e lo stato dell'arte dello stesso. L'audit è stato formalizzato con apposita check list e verbale di sintesi, successivamente diffuso alle Direzioni implicate, 2) E' programmato per il secondo semestre 2016 entro dicembre una autovalutazione con particolare riguardo ai requisiti DGR 1604/2015 di livello aziendale.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>D8</b>	<b>Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale</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>Perf. inter</b>
produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione			report-relazione audit	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.2</b>	<b>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento:            -Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.            (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)</p>			<p>I valutatori regionali che hanno partecipato alle attività di verifica previa convocazione a partire da gennaio 2016 sono stati: ..... Per quanto attiene la formazione dei valutatori stessi, si evidenziano i seguenti momenti formativi: 1) attività formativa plenaria effettuata per l'introduzione del nuovo modello di accreditamento istituzionale, in base alla DGR 1604/2015. 2) Attività di preparazione agli Audit organizzativi interni per le seguenti strutture: DCP/DAISM-DP/Ospedale di Fidenza/Ospedale "Santa Maria" Borgo Val di Taro (100% dei valutatori)</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	<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>Perf. inter</b>
numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati			verbali	% >=		70,00%		
numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati			verbali	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.3</b>	<b>Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna, attraverso in particolare il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha in questi anni sviluppato metodologie e strumenti per supportare il sistema dei servizi all'ascolto e al coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. In ogni area vasta sono presenti competenze professionali in grado di utilizzare sia strumenti quantitativi (questionari) sia strumenti qualitativi (focus group e etnografia), oltre che aver prodotto linee guida ed indicazioni metodologiche.</p> <p>Inoltre è attivo dal 2012 un percorso strutturato per l'innovazione nel campo dei processi partecipativi (Community Lab) che ha prodotto le Linee guida "La programmazione locale partecipata per la salute e il benessere sociale" e ha coinvolto diversi territori regionali (e Case della Salute) nella sperimentazione di azioni basate sul coinvolgimento attivo delle comunità per l'individuazione delle priorità e nella co-progettazione partecipata.</p> <p>Dai risultati dell'ultimo monitoraggio delle Case della Salute emerge come la collaborazione con le associazioni di volontariato (es. AVIS, AUSER) sia presente in più del 70% delle 79 CdS funzionanti, e riguardi principalmente attività di informazione e orientamento alle persone che accedono alla Casa della Salute.</p> <p>Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti equity oriented ed utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>E' stato attivato il Gruppo di Lavoro Aziendale PRP ed Equità per la pianificazione e promozione dell'uso di strumenti equity oriented all'interno del Piano Attuativo Locale della Prevenzione. Col supporto del coordinamento di livello regionale si è realizzata nel mese di aprile la formazione all'utilizzo dello strumento EqIA. L'iniziativa si è svolta in due giornate ed ha coinvolto i professionisti della nostra Azienda referenti dei temi e progetti del PRP e dell' Equità. La formazione è stata assicurata da esperti regionali. A seguire si sono svolti un paio di incontri in cui sono state individuate e condivise le tematiche su cui applicare il metodo EqIA nello sviluppo dei progetti. L'attività è integrata con i professionisti di AOU di Parma interessati.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	<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>Perf. inter</b>
	partecipazione di un gruppo di operatori sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel PRP e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.		registro presenze	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.3</b>	<b>Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA</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>Perf. inter</b>
valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero schede 2.8 - 4.1 - 6.6			documenti	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.4</b>	<b>Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : -la valutazione di specifici percorsi socio-assistenziali in relazione alle dimensioni di qualità salienti nelle CdS e rispetto a specifiche tipologie di utenza (pazienti cronici, utenti ambulatoriali, utenti salute mentale...), tramite indagini multimetodo e strumenti di rilevazione disponibili a livello regionale (rif. lett. prot. PG n.505543 del 22 Dicembre 2014, All.1 "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino")/aziendale (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)			Presso la CdS di S. Secondo P.se è stato effettuato un monitoraggio quali-quantitativo sul percorso di Riabilitazione Ortopedico - Estensiva in regime di Week-Hospital. L'indagine ha previsto n.ro tre fasi: 1) strutturazione di un questionario condiviso con il Gruppo di lavoro (formato da personale dell'Azienda e rappresentanti del CCM ) . Il questionario è stato somministrato in due periodi differenti; 2) focus group con i pazienti, 3) restituzione dei dati in plenaria dell'indagine. La diffusione dei risultati è stata altresì condivisa con la cittadinanza, attraverso l'iniziativa aziendale "il THè del giovedì". il progetto di ricerca è parte integrante del Programmata Aziendale per l'ascolto ed il coinvolgimento del cittadino/utente 2015/2018 (Progetto n.ro 03 del 2015).					
<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>Perf. inter</b>
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale tramite indagine che preveda l'utilizzo di strumenti quantitativi e/o qualitativi			verbali	Sì/No		Sì		
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale.			verbali	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.5</b>	<b>Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute valutazione del grado di empowerment dell'utente</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : - la valutazione del grado di empowerment dell'utente e delle persone di riferimento rispetto alle pratiche clinico-assistenziali messe in atto per potenziare le capacità e la padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità (es. "paziente esperto";gruppi di auto-mutuo-aiuto) partecipando ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)</p>			<p>L'azienda Usl, dopo una prima esperienza di rilevazione della soddisfazione del cliente presso nove Case della Salute, nel 2016 , ha intrapreso, all'interno della implementazione di interventi di gestione integrata delle patologie croniche, l'impiego di strumenti per la valutazione di questi percorsi, sia dal punto di vista del paziente che dell'equipe, tramite l'applicazione dei questionari PACIC e ACIC. Il progetto, inserito all'interno del "Programma di ascolto aziendale, verrà applicato sperimentalmente nel secondo semestre del 2016 su quattro Case della Salute. Inoltre, l'Azienda Usl, ha partecipato agli incontri regionali finalizzati al potenziamento della capacità e padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità, tramite i professionisti di volta in volta coinvolti.</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>Perf. inter</b>
Partecipazione ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale			registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.3.2.6</b>	<b>Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute 'Community Lab'</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale: la partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab') finalizzato all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle priorità di intervento per la programmazione e il miglioramento dei servizi.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)</p>			<p>Nel contesto del progetto regionale del “ Comunity Lab “ l'Azienda Usl di Parma ha partecipato al percorso formativo finalizzato alla preparazione dei facilitatori di percorsi “strutturati” e “guidati” di empowerment di comunità. Per il 2016 due sono state le applicazioni del metodo, all'interno dell'azienda, che hanno interessato due Case della Salute aziendali :</p> <p>1- Casa della Salute di S. Secondo p.se che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab, finalizzato ad un percorso partecipativo sulla stesura dei Piani di Zona presso la Casa della Salute di Casalecchio.</p> <p>2- Casa della Salute “Parma Centro” che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab ( Ausl di Parma, Comune di Parma, Provincia di Parma, Università di Parma, Ufficio Scolastico di Parma, Associazione Galleria dei Pensieri, Teatro delle Briciole Solares Fondazione delle Arti ),finalizzato ad un percorso partecipativo per aprire uno spazio di riflessione e confronto, in cui gli adolescenti, in collaborazione con gli adulti, possono lavorare insieme sulle loro problematiche e promuovere una metodologia di lavoro, in cui si facilita la libera espressione di sé.</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>Perf. inter</b>
Partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab')			registro presenze	Si/No		Si	Si	

<b>Sub-Area</b>	<b>6.4</b>	<b><u>GOVERNO CLINICO</u></b>	 100%
-----------------	------------	-------------------------------	---

<b>Settore</b>	<b>6.4.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>	 100%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Completamento, manutenzione e consolidamento della rete del governo clinico. Percorsi di facilitazione e training degli operatori nei confronti delle metodologie di lavoro del Governo Clinico in tema di valorizzazione del modello dipartimentale, di organizzazione delle attività sanitarie, attraverso la diffusione di modalità di riconoscimento dell'autonomia e di strumenti per l'esercizio della relativa responsabilità.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.2</b>	<b>Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.1</b>	<b>Allontanamento da strutture di degenza</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Predisposizione e diffusione degli strumenti atti a monitorare e prevenire il fenomeno dell'allontanamento spontaneo e non concordato dei pazienti dalle U.O. di degenza			La procedura è già attiva e viene applicata nei due stabilimenti ospedalieri già dall'anno 2015.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/paziente)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
n. incontri per la diffusione dell'utilizzo della procedura ,da tenere nelle sedi degli stabilimenti ospedalieri e nelle residenze non ospedaliere del DAISM - DP .			Verbali U.O. Governo Clinico	Numero =	2,00	4,00	2,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
Obiettivo	6.4.1.2	Gestione Clinica del Farmaco						 100%
Descrizione			Rendicontazione					
Completamento versione 4.0 procedura "gestione clinica del Farmaco".			Procedura completata ed inviata a tutte le unità operative: accompagnata da evento formativo destinato sia al territorio sia al presidio.					
Obiettivi Performance	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/paziente)	Riferimento Normativo	DGR 172/15				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Completamento della versione 4.0 della procedura "Gestione clinica del Farmaco"			Documentale	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.3</b>	<b>Gestione delle cadute di pazienti ricoverati</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Manutenzione della procedura ed estensione del suo utilizzo corretto			La procedura è stata migliorata specialmente per quanto riguarda la scheda di rilevazione. Non paiono esserci variazioni statisticamente significative nell'adesione. Evento formativo nello stabilimento di Borgotaro da concordare.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/paziente)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Aumento della adesione (per U.O.) alla procedura per la segnalazione delle cadute nei luoghi di degenza e negli ambulatori			Flusso dati da SIT	Numero >=	2,00	4,00	2,00	100,00%
Proposta formativa specificamente realizzata per l'ospedale di Borgotaro			Banca dati Formazione	Si/No =	No	Si	No	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.4</b>	<b>aggiornamento applicazione delle raccomandazioni Agenas</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Aggiornamento della situazione della applicazione delle raccomandazioni agenass per evitare gli eventi sentinella e gli eventi avversi gravi e gravissimi			Risposto alla rilevazione AGENAS nei tempi previsti. Raccomandazioni agenass tutte applicate compresa la 17° (CL di Sala operatoria). Non applicabile la raccomandazione per evitare la osteonecrosi della mandibola da difosfonati.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D1	Monitoraggio delle 18 raccomandazioni AGENAS per la sicurezza delle cure	<b>Riferimento Normativo</b>	Raccomandazioni AGENAS DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Monitorizzazione delle 16 raccomandazioni AGENAS per il contrasto al verificarsi di eventi avversi ed eventi sentinella nei confronti delle unità operative destinatarie o di quelle in cui è applicabile la raccomandazione stessa			Documentale	Numero =	7,00	15,00	17,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.5</b>	<b>Adozione Check list di sala operatoria</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adozione in tutte le sale operatorie della check list proposta dall'OMS per la sicurezza degli interventi chirurgici			Tutte le sale operatorie applicano la CL. (N.B.Per la lettura dell'indicatore i valori riportati si intendono a ratifica del valore atteso intermedio in quanto il risultato è già stato raggiunto)					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901				
<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>Perf. inter</b>
Adozione in tutte le sale operatorie della check list proposta dall'OMS per la sicurezza degli interventi chirurgici			registri Comparto Op	Si/No =	No	Si	No	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.6</b>	<b>Adeguamento a linee guida per la gestione del rischio infettivo</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Attività di controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza			Software Mercurio Utilizzato sia a Borgotaro sia a Fidenza. Azienda ospedaliera di parma non lo utilizza e quindi non se ne può integrare l'utilizzo. La delibera 318 è applicata con le modifiche dettate dalle condizioni operative e dalle dimensioni della azienda.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'assistenza	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 318/2013				
<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>Perf. inter</b>
Diffusione Utilizzo software Mercurio in modalità integrata con AZ Ospedale			Flussi Informativi	Si/No =	No	Si	No	100,00%
Rispetto delle indicazioni contenute nella deliberazione 318/2013 relativa alla organizzazione delle funzioni delle gestione del rischio infettivo per il controllo ed il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza			Verbali CIO	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.7</b>	<b>Gestione del rischio: politiche assicurative</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione delle condizioni organizzative per la gestione diretta dei sinistri			Gestione diretta dei sinistri attiva. (N.B.Si ratifica il valore dell'indicatore riportato nel Piano Azioni deliberato con atto n.437 del 29/6/2016)					
<b>Obiettivi Performance</b>	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
Gestione diretta dei sinistri: gestione del data base dei sinistri			Flusso Regionale	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.8</b>	<b>Gestione del rischio: Eventi avversi gravissimi</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Predisposizione della procedura "gestione della crisi" e sua diffusione ai dipartimenti aziendali .			In fase di completamento.							
<b>Obiettivi Performance</b>	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15						
<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>Perf. inter</b>		
predisposizione e presentazione della procedura sulla gestione della crisi			documentale	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.9</b>	<b>Costruzione dei PDTA</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Predisposizione e completamento della rete dipartimentale dei facilitatori della compilazione dei PDTA			Corso di formazione in fase di completamento (N.B.Si ratifica il valore dell'indicatore riportato nel Piano Azioni deliberato con atto n.437 del 29/6/2016)							
<b>Obiettivi Performance</b>	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/15						
<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>Perf. inter</b>		
Processo formativo della rete dipartimentale dei PDTA			Banca dati formazione	% =	75,00%	100,00%	75,00%	100,00%		
Costituzione rete dipartimentale aziendale dei PDTA			documentale	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.10</b>	<b>Strumenti per lo studio della sicurezza dei processi lavorativi: Etnografia organizzativa</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Applicazione delle pratiche della etnografia organizzativa nei processi di lavoro, restituzione dei risultati alle organizzazioni e relativo studio dei livelli di sicurezza			Iniziato il corso di formazione e determinati i primi percorsi di osservazione etnografica (2)					
<b>Obiettivi Performance</b>	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/paziente)	<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>Perf. inter</b>
Esecuzione delle osservazioni etnografiche			Documentale	Numero =	1,00	3,00	2,00	100,00%

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.1	Area della Produzione Scientifica			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.1.11</b>	<b>Riqualficazione del sistema di raccolta della produzione scientifica aziendale</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione, in collaborazione con il servizio comunicazione, di un percorso di raccolta, tassonomizzazione e pubblicazione su intranet della produzione scientifica della azienda			Le pubblicazioni vengono inserite (ovviamente se i dipendenti le inviano e ne comunicano la avvenuta uscita) sul sito aziendale.					
<b>Obiettivi Performance</b>	I1	Riqualficazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	<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>Perf. inter</b>
Raccolta sistematica della produzione scientifica ed intellettuale dell'azienda e diffusione dell'utilizzo del relativo sito Intranet			Intranet: banca dati produzione scientifica	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Settore	6.4.2 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
	<p>Nel 2016 deve essere garantita l'applicazione delle linee di indirizzo per la elaborazione del pianoprogramma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, con la produzione di relativi piani-programma approvati dalle Direzioni Aziendali. Deve essere assolto il debito informativo rispetto agli eventi sentinella, garantendo una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive. In coerenza con gli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera del DM 70\2015 e in applicazione della Legge di stabilità 2016 deve essere promosso e valorizzato il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi (incident reporting). Sempre in attuazione degli standard ospedalieri, deve essere consolidato l'utilizzo dello strumento della check list in tutte le Sale Operatorie e in tutte le unità operative che effettuano attività chirurgica. A tal proposito deve essere garantito il relativo flusso informativo verso la Regione (SOSnet) e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list. Il DM 70\2015 prevede altresì la garanzia di un sistema di identificazione del paziente e la presenza in tutte le strutture della scheda unica di terapia. Occorre continuare l'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico. La verifica della adesione ai contenuti delle raccomandazioni viene effettuata anche in occasione delle visite per la sicurezza (Progetto VISITARE) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29 e 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)</p> <p>Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il sostegno alle attività di ricerca,</li> <li>- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,</li> <li>- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,</li> <li>- la promozione di politiche di equità e partecipazione,</li> <li>- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.</li> </ul>

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza		
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.1</b>	<b>Sicurezza delle cure - programma aziendale ed eventi sentinella</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)			Il debito informativo è assolto. Il piano programma è stato completato e dovrà essere successivamente aggiornato. Gli eventi sentinella sono sistematicamente inviati (ovviamente se si verificano)				
<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>
Check list Sala Operatoria: assolvimento del debito informativo assolto			Documentale	Sì/No		Sì	Sì
presenza di piano programma deliberato			Documentale	Sì/No		Sì	Sì
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella ed azioni di miglioramento			Documentale	Sì/No		Sì	Sì

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.2</b>	<b>Sicurezza delle cure - raccomandazione per la sicurezza delle cure e prevenzione cadute</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)			Le procedure aziendali contenevano già quanto previsto dalle linee di indirizzo. Le raccomandazioni sono state verificate e è stato risposto al questionario AGENAS/Regione per il loro rispetto (cosa che avviene da tre anni sistematicamente: quest'anno sono stati allegati i documenti relativi alle raccomandazioni in versione PDF)					
<b>Obiettivi Performance</b>	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/paziente)	<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>Perf. inter</b>
aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo			Documentale	Sì/No		Sì	Sì	
implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure			Documentale	Sì/No		Sì	Sì	
presenza di specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione			Documentale	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.3</b>	<b>Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Rispetto tempistiche</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Dal 2016 un numero crescente di Aziende sono state inserite nel Programma regionale per laprevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013;sviluppare azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale sta predisponendo nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire. E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie sperimentatrici si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Rsponsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)</p>			<p>Tempi di rilevazione: i 6 mesi non sono significativi per comprendere le procedure ed i termini del alvoro. Per ora si può solo dire che se un sinistro viene segnalato si inizia la procedura in tempi adeguati.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	<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>Perf. inter</b>
Rispetto dei tempi di processo			Documentale	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.4</b>	<b>Programma regionale gestione diretta dei sinistri - organizzazione e tempistiche per Aziende NON in sperimentazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Per Aziende non in sperimentazione, in previsione della progressiva adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale, la Direzione aziendale dovrà assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma. A tal fine saranno valutati la sussistenza di adeguati assetti organizzativi e la presenza di risorse che possano garantire nel tempo la concreta attuazione del suddetto Programma. Anche in questo caso la tempistica di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)			Azienda in sperimentazione: non applicabile.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	<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>Perf. inter</b>
Rispetto dei tempi di processo			Documentale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.5</b>	<b>Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Database regionale gestione sinistri</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri". IL database regionale è stato aggiornato nel 2013 in occasione dell'avvio della sperimentazione sulla gestione diretta dei sinistri. L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri			Ad oggi pochi casi aperti relativamente ad eventi accaduti nel corso del 2016					
<b>Obiettivi Performance</b>	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	<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>Perf. inter</b>
grado di completezza del database regionale (casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)			RIT	% >=		100,00%	50,00%	

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.1	Area della Produzione Scientifica			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.6</b>	<b>Sostegno alle attività di ricerca - Anagrafe Regionale della ricerca (AReR)</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha attivato nel 2007 l'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) con l'obiettivo di monitorare le attività di ricerca sanitaria in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale, anche allo scopo di orientare il programma regionale di ricerca. Il grado di partecipazione deve essere mantenuto e migliorato nelle Aziende ove non ancora soddisfacente. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca.</p> <p>-le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)</p>			<p>Nel corso del primo semestre, come di consueto, si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2016 .</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	<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>Perf. inter</b>
assicurare l'accesso regolare all'applicativo ArER (calcolo su ogni trimestre)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		
numero schede inserite dei progetti di ricerca nell'ArER			specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.7</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SICHER flusso "Laboratori - LAB"</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018. sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI)</p> <p>-Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati) ;</p> <p>-Partecipazione al flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (riferito alle aziende che hanno un laboratorio che effettua e referta esami di batteriologia): invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.</p> <p>(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)</p>			<p>Antibiotico resistenza presidiata sia a livello di presidio (2 stabilimenti) sia a livello centrale. SICHER applicato in tutte le sale operatorie non ortopediche (circa 75%).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza		<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>Perf. inter</b>
invio quadrimestrale dei file flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.7</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SICHER flusso "Laboratori - LAB"</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>Perf. inter</b>
Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER: % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.8</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - igiene delle mani</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)			Basso il consumo di Gel Idroalcolico					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	<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>Perf. inter</b>
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario			specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00	5,00	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>6.4.2.9</b>	<b>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi, osservato nel corso del 2015 e nella prima parte del 2016</p> <p>-Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)": (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting")</p> <p>-Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert):compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRES 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI)</p>			Nessuna variazione relativamente alla sorveglianza CRE rispetto agli altri anni					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'assistenza	<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>Perf. inter</b>
Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	
Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	

<b>Area</b>	<b>7</b>	<b><u>IL SISTEMA AZIENDA</u></b>		 89%
<b>Sub-Area</b>	<b>7.1</b>	<b><u>LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u></b>		 75%
<b>Settore</b>	<b>7.1.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>		 75%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<p>La presente parte denominata Obiettivi Generali costituisce una innovazione, seppure parziale, rispetto ai piani degli anni precedenti poiché si descrivono temi e delineano obiettivi che rappresentano novità nel panorama aziendale delle attività, ovvero nuovi e più accentuati sviluppi di linee di programmazione esistenti.</p> <p>Si tratta in gran parte di obiettivi ed azioni che nella generale organizzazione aziendale fanno capo alle funzioni amministrative e di supporto, oppure operano e richiedono impegni di natura trasversale, investendo competenze ed attività di tutte le articolazioni, oppure ancora prevedono il coinvolgimento integrato delle aree tecniche, amministrative, sanitarie, unitamente alle competenze gestionali.</p> <p>Gli obiettivi definiti trovano naturalmente radicamento in percorsi a suo tempo avviati e conferma nelle linee regionali di programmazione 2014, oltre a rappresentare sviluppo di quelle dettate nel 2013 che prevedono attuazione in un arco temporale superiore all'annualità.</p> <p>Seppure gli obiettivi sono definiti come generali, per ognuno degli argomenti vengono declinati obiettivi specifici che assumono particolare rilevanza, per i quali è previsto un forte impegno da parte delle articolazioni interessate.</p> <p>I temi considerati sono:- Integrazioni in area tecnica e amministrativo/gestionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e revisioni organizzative connesse</li> <li>- Certificabilità del bilancio aziendale</li> <li>- Adesione alla Tesoreria Unica Regionale</li> <li>- Integrità e Trasparenza.</li> </ul>				

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.1</b>	<b>Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso dell'anno 2015 le due direzioni aziendali hanno condotto le attività di studio e propedeutiche per una effettiva integrazione tra i servizi generali e di supporto, formalizzando il disegno di massima nel documento inviato in Regione nello scorso mese di settembre, come indicato nel mandato ricevuto. L'ultima parte del 2015 è stata utilizzata per un affinamento dell'organizzazione individuata, sono stati creati i primi organigrammi da parte dei servizi interessati, sono state illustrate le macro scelte e la filosofia del progetto congiuntamente alle rappresentanze dei lavoratori delle due aziende sanitarie; nel mese di dicembre è stato formalizzato il primo stralcio del progetto, mediante l'individuazione di un unico responsabile dell'anticorruzione e della trasparenza. L'anno 2016 deve caratterizzarsi per una definitiva fissazione degli assetti organizzativi di dettaglio, che una volta condivisi con le direzioni generali dovranno essere illustrati alle associazioni sindacali e resi operativi in corso d'anno.</p>			<p>In relazione al percorso di integrazione in area tecnico-amministrativa, le direzioni amministrative hanno terminato il percorso di attualizzazione della ipotesi già presentata nel settembre 2015, ne hanno condiviso forme e contenuti con le direzioni generali, è avvenuta la presentazione congiunta alla dirigenza delle due aziende e alle organizzazioni sindacali nei primi giorni del mese di luglio; in data 20 e 21 luglio le due direzioni generali hanno deliberato il documento di integrazione prodotto. E' in corso la redazione degli atti applicativi, da perfezionare nel corso del mese di settembre e che avranno decorrenza operativa 1° ottobre. Nell'Area ICT l'integrazione avverrà con la partecipazione dell'Azienda Usl di Piacenza.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e extra provinciale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Presentazione degli organigrammi definitivi, delle scelte logistiche e avvio operativo del progetto			Evidenza documentale ed organizzativa	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.2</b>	<b>Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e gestionali</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2015 sono state rese operative le attività di ricezione e di registrazione delle fatture dematerializzate, come da indicazioni regionali e nazionali e si è avviata una rilevante variazione organizzativa, mediante la creazione in un unico nucleo addetto alla ricezione e registrazione dei documenti contabili, dipendente dal servizio Economico Finanziario. Si è poi avviato il percorso di sviluppo della successiva fase del processo, relativa alla liquidazione in forma dematerializzata dei documenti contabili ricevuti, non completato soprattutto per alcune problematiche tecniche relative allo sviluppo del software dedicato. nel corso del 2016 questo percorso dovrà essere completato e reso operativo.</p>			<p>Nel corso del primo semestre sono stati completati i percorsi formativi finalizzati a rendere operativo il ciclo dematerializzato di liquidazione dei documenti contabili. La procedura sarà pienamente operativa a far tempo dal prossimo mese di ottobre. Al momento non si reputa opportuno implementare altre funzionalità, in quanto sono in fase avanzate le attività dell'Agenzia Intercenter per l'aggiudicazione del nuovo sistema amministrativo contabile comune a tutte le aziende regionali.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	<b>Riferimento Normativo</b>	DMEF n. 55/2003, L.R. 17/2013				
<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>Perf. inter</b>
Consegna del software dedicato e avvio operativo			Evidenza attività	Si/No	No	Si	No	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.3</b>	<b>Certificabilità del bilancio aziendale</b>					 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
<p>Il percorso regionale è in atto e l'Azienda sta lavorando sulla base delle indicazioni regionali fino ad oggi emanate; l'ultimo riferimento è costituito dalla delibera di Giunta n. 150/2015, che nel confermare l'impianto procedurale originario del P.A.C. (Delibera di Giunta n. 865/2013) ridefinisce le tempistiche originariamente stabilite. Le azioni da perseguire risultano pertanto essere quelle già evidenziate per gli anni precedenti, vale a dire l'adesione al percorso Regionale attuativo della Certificabilità, attraverso la partecipazione attiva a gruppi di lavoro Regionali e di Area Vasta, per la definizione delle procedure amministrativo - contabili, elaborate per singola area definita dal PAC regionale, la predisposizione e/o revisione di specifiche procedure Aziendali, sulla base delle linee guida Regionali e /o di Area Vasta, attraverso creazione di Gruppi di Lavoro specifici, con il coinvolgimento di personale afferente a strutture periferiche e ai servizi centrali coinvolti, l'organizzazione e /o adesione a eventi formativi (Aziendali, di Area Vasta, Regionali), sui temi specifici del PAC. Il percorso sarà condotto in particolare collaborazione con l'Azienda Ospedaliera nell'ambito più generale del processo di integrazione dei servizi generali.</p>			<p>L'Azienda ha accumulato un certo ritardo nella produzione delle procedure aziendali, conseguenti alla emanazione delle Linee Guida da parte della Regione, come già rendicontato in sede di consuntivo 2015. Nel corso del primo semestre è iniziata una intensa attività di recupero del gap prodottosi e sono state prodotte in forma definitiva, pur se non ancora sottoscritte, 3 procedure (Budget, patrimonio netto, immobilizzazioni) e sono in corso di completamento le procedure relative al recepimento di rilievi ed osservazioni degli organi di controllo e delle rimanenze. Tutte le procedure sopra evidenziate e validate sono state allocate e rese fruibili in una apposita sezione Intranet.</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 150/2015			
<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>
Elaborazione dei documenti previsti dalla programmazione regionale			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si
							<b>Perf. inter</b> 100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.4</b>	<b>Ottimale gestione delle risorse finanziarie e rispetto dei debiti informativi</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il tema del rispetto dei tempi di pagamenti dei fornitori è di attualità sempre maggiore, in quanto correttamente viene ritenuto che un corretto flusso finanziario rappresenti un positivo contributo alla stabilità economica delle imprese. Obiettivo regionale e aziendale è pertanto quello di stabilizzare definitivamente i tempi di pagamento delle forniture entro i 60 gg previsti dalla normativa, al fine di evitare contenziosi e l'addebito di interessi di mora. Nel contempo si sono moltiplicati gli obblighi normativi per dare corretta evidenza degli effettivi tempi di pagamento, che responsabilizzano anche il Collegio Sindacale nell'attestazione mensile delle performance finanziarie.</p>			<p>L'Azienda da diversi anni si è contraddistinta per una tempestività di pagamento delle forniture di beni e servizi di riferimento nel panorama delle aziende sanitarie regionali. La tempistica, che a fine 2015 si è consolidata complessivamente in circa 85 giorni, si sta ulteriormente riducendo soprattutto per effetto dell'anticipazione a 60 gg del pagamento degli ospedali privati e degli stabilimenti termali, in precedenza liquidati a 90 gg. Per un perfetto allineamento alla scadenza media di 60 gg occorre, nella seconda metà dell'anno, rivedere talune procedure di liquidazione interna nell'area del cd Socio-Sanitario e della Specialistica Accreditata, mentre non sussistono problemi particolari per le restanti forniture di beni e servizi. I debiti informativi nei confronti del Collegio Sindacale sono stati puntualmente rispettati.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B6	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori	<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>Perf. inter</b>
Indicatore di performance finanziaria in giorni			report specifici	Numero <=	75,00	60,00	73,00	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.5</b>	<b>Integrità e Trasparenza</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Gli obiettivi generali e prioritari per il 2016 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza è tenuto a svolgere le attività di coordinamento del sistema e di monitoraggio, secondo le previsioni normative e contenute nel Piano e nel Programma</li> <li>- lo stesso Responsabile ha cura di provvedere alle proposte di aggiornamento del Piano e del Programma</li> <li>- il Responsabile è chiamato ad elaborare la relazione annuale sulle attività svolte entro il 15 dicembre, da sottoporre al Direttore Generale</li> <li>. tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano Anticorruzione e nel Programma Trasparenza costituiscono parte integrante del presente Piano delle Azioni e, più in generale del Piano della Performance 2016/2018, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti</li> <li>. tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale Anticorruzione e Trasparenza ogni qual volta se ne profili necessità ed opportunità</li> <li>. incontri di informazione agli organismi aziendali e incontri formativi e di diffusione dei sistemi Anticorruzione e Trasparenza al personale, secondo le linee dettate nei documenti di Piano e Programma</li> <li>. tutte le articolazioni aziendali interessate sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo la tabella analitica contenuta nel Programma Trasparenza e le modalità indicate.</li> </ul>			<p>Durante il primo semestre gli impegni prioritari sono stati dedicati alla diffusione ad organismi e dipendenti dell'Azienda dei contenuti del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2016/2018, approvati nel gennaio scorso. Gli incontri divulgativi sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale; tra questi si citano quelli col Collegio di Direzione, col Collegio Sindacale, con l'OAS di supporto all'Organismo di valutazione regionale, col Comitato Consultivo Misto del Distretto di Borgotaro. Gli incontri più propriamente formativi sono stati realizzati con gli operatori delle aree considerate a rischio rilevante, Risorse Umane e Contratti Pubblici, organizzati in forma integrata con le rispettive equipe anche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Per quanto riguarda la generale attività sulla funzione, il Responsabile ha assicurato il necessario coordinamento del sistema, secondo le previsioni normative. Garantita la collaborazione in materia di redazione del Piano Performance aziendale. In tema di Trasparenza sono state curate le particolari pubblicazioni sulla sezione web aziendale di quanto previsto dalla legge di stabilità per il 2016, relative al bilancio d'esercizio e agli esiti delle attività assistenziali.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D7	Promozione della trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione	<b>Riferimento Normativo</b>	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013				
<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>Perf. inter</b>
Documenti di monitoraggio, Relazione del responsabile aziendale, relazioni dirigenti strutture			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.6</b>	<b>Miglioramento qualità inventario aziendale</b>						0%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il recente passaggio di competenze in ordine alla tenuta dell'inventario aziendale e la emanazione delle linee guida regionali in tema di immobilizzazioni suggeriscono una approfondita analisi dell'inventario aziendale, con particolare riferimento alla struttura delle matricole delle tecnologie informatiche e biomediche, da condurre in collaborazione tra servizio Risorse Economico Finanziarie e servizi tecnici			E' stata valutata una nuova metodologia di inventariazione per i nuovi cespiti acquisiti nel corso del 2016, finalizzata a una più precisa identificazione dei centri di costo e dei consegnatari, in corso di implementazione. E' stato inoltre valutato necessario procedere ad una conta fisica sia delle tecnologie informatiche che di quelle biomediche, da realizzare nel corso del 2 semestre.					
<b>Obiettivi Performance</b>	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)	<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>Perf. inter</b>
Evidenza anomalie individuate e corrette			Raport dedicato	Sì/No	Sì	Sì	No	0,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.1.7</b>	<b>Consolidamento a regime delle modalità di rendiconto degli Agenti Contabili</b>						0%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le recenti interpretazioni della Corte dei Conti sulle figure degli Agenti Contabili impongono la rigorosa osservanza delle linee di indirizzo emanate, ivi compresa il rispetto della tempistica indicata. L'attività, coordinata dalla direzione amministrativa, verrà svolta in stretto coordinamento con l'Azienda ospedaliera e sulla base delle eventuali indicazioni di supporto emanate dalla Regione.			Sono in corso di raccolta tutte le informazioni utili che verranno inviate alla corte dei conti nel corso del 2 semestre					
<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>Perf. inter</b>
Formazione ed invio rendiconti			Raport dedicato	Sì/No	Sì	Sì	No	0,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	7.1.1.8	Avvio della nuova procedura informatica di gestione documentale dematerializzata				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
Nel corso dell'ultima parte del 2015 hanno avuto avvio le attività propedeutiche all'attivazione della procedura Babel. Nel corso del primo semestre il servizio Affari Generali, mettendo a disposizione le professionalità presenti, in collaborazione con la direzione amministrativa, dovrà procedere al coordinamento dei gruppi di lavoro al fine dell'avvio operativo in corso d'anno.			E' stato costituito un gruppo di progetto e sono stati stabiliti i necessari contatti con l'AUSL di Bologna che ha realizzato il software; sono stati realizzati i primi corsi formativi per i NORAD (referenti di progetto delle varie strutture) sia di tipo tecnico che archivistico, finalizzati all'apprendimento operativo da effettuare nel 2 semestre e al conseguente avvio della procedura.					
Obiettivi Performance	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		Riferimento Normativo				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza attività svolta e avvio operativo utilizzo software			Report	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

Settore	7.1.2	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA. Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale. Si riprendono pertanto anche per 2016 gli impegni delle Direzioni aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;</li> <li>-presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;</li> <li>- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.</li> </ul> <p>A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato. Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR: Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui). (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, pag 32)</li> </ul>		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.1</b>	<b>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).            Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.            A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato.</p>			<p>L'Azienda da diversi anni si è contraddistinta per una tempestività di pagamento delle forniture di beni e servizi di riferimento nel panorama delle aziende sanitarie regionali. La tempistica, che a fine 2015 si è consolidata complessivamente in circa 85 giorni, si sta ulteriormente riducendo soprattutto per effetto dell'anticipazione a 60 gg del pagamento degli ospedali privati e degli stabilimenti termali, in precedenza liquidati a 90 gg. Per un perfetto allineamento alla scadenza media di 60 gg occorre, nella seconda metà dell'anno, rivedere talune procedure di liquidazione interna nell'area del cd Socio-Sanitario e della Specialistica Accreditata, mentre non sussistono problemi particolari per le restanti forniture di beni e servizi. I debiti informativi nei confronti del Collegio Sindacale sono stati puntualmente rispettati.</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>Perf. inter</b>
Indice di tempestività dei pagamenti (espresso in giorni)			Raport dedicato	Numero <=		60,00	73,00	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.2</b>	<b>Il miglioramento del sistema informativo contabile - Corretta compilazione schemi bilancio</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);</li> <li>la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;</li> <li>- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;</li> <li>- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.</li> </ul>			<p>In questa sede è possibile rendicontare esclusivamente le rendicontazioni periodiche CE, che sono state redatte nei tempi previsti e in base alle corrette regole contabili. La rendicontazione sugli altri temi verrà effettuata al termine dell'esercizio finanziario, dopo la redazione del bilancio d'esercizio.</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>Perf. inter</b>
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio			Raport dedicato	% >=		90,00%		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.3</b>	<b>Il miglioramento del sistema informativo contabile - Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2016 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende.</p> <p>La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.</p>			<p>La Piattaforma Web è stata correttamente alimentata e i relativi valori sono stati costantemente concordati con le aziende sanitarie corrispondenti.</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>Perf. inter</b>
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite			Raport RIT	% =		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.4</b>	<b>Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)			L'Azienda ha accumulato un certo ritardo nella produzione delle procedure aziendali, conseguenti alla emanazione delle Linee Guida da parte della Regione, come già rendicontato in sede di consuntivo 2015. Nel corso del primo semestre è iniziata una intensa attività di recupero del gap prodotti e sono state prodotte in forma definitiva, pur se non ancora sottoscritte, 3 procedure (Budget, patrimonio netto, immobilizzazioni) e sono in corso di completamento le procedure relative al recepimento di rilievi ed osservazioni degli organi di controllo e delle rimanenze. Tutte le procedure sopra evidenziate e validate sono state allocate e rese fruibili in una apposita sezione Intranet.					
<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>Perf. inter</b>
Implementazione Adempimenti 2016:Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali)			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Area Rimanenze			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	15,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Procedure rilievi Revisori e Regione			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	75,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Regolamento Budget			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Ricognizione regolamenti			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	50,00%	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
Obiettivo	7.1.2.5	Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie						
Descrizione			Rendicontazione					
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)			Vedi obiettivo precedente					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Implementazione Adempimenti 2016:Area Crediti-Ricavi			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Area Disponibilità liquide			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Area Patrimonio Netto			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:AreaDebiti-Costi			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	
Implementazione Adempimenti 2016:Revisioni Limitate			specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.1.2.6</b>	<b>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</b>					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>				
Nel corso del 2016 saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara. Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.			L'azienda ha partecipato tramite la dirigente del Controllo di Gestione al gruppo regionale incaricato di redigere i documenti preparatori all'attivazione della gara; il contributo della collega è frutto di una valutazione complessiva di tutte le professionalità aziendali interessati dalla nuova procedura (Area Acquisti, Area Farmaceutica, Area Controllo di Gestione, Area Bilancio...). La collega è stata inoltre designata per la partecipazione al Gruppo di Monitoraggio.				
<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>
Partecipazione a gruppi di lavoro specifici			report	Si/No		Si	Si
							<b>Perf. inter</b>

<b>Sub-Area</b>	<b>7.2</b>	<b><u>Le strategie di integrazione in Area Vasta</u></b>	 100%
-----------------	------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>7.2.1</b>	<b><u>Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse</u></b>	 100%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il processo di integrazione tra le diverse Azienda Sanitarie in Area Vasta proseguirà anche nel 2015 nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali ed in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. In termini generale, il ricorso al livello di Area Vasta avverrà ogniqualvolta l'ottimizzazione della filiera obiettivi/azioni/risultati/risorse verrà ritenuto il più economico ed efficace, costituendo una opportunità ed una utilità per il sistema, configurandosi come un ampliamento della gamma delle possibili soluzioni organizzative a cui le Aziende possono ricorrere.

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.2.1.1</b>	<b>Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'attività di Aven si concentrerà sui seguenti aspetti: 1) definitiva andata a regime dei nuovi percorsi di lavoro riguardanti le procedure di gara, che nel corso del 2015 hanno consentito di raggiungere elevati livelli di produttività, di risultati economici e di coerenza con i bisogni rappresentati dagli utilizzatori dei beni e servizi; 2) Consolidamento dell'attività dei gruppi di lavoro già costituiti e riavvio di taluni gruppi da tempo non operativi (Es. Controllo di Gestione); 3) Formulazione di indirizzi comuni per la redazione dei principali regolamenti aziendali, come già avvenuto per la Libera Professione Similalp, utili per gli adempimenti in tema di certificabilità dei bilanci aziendali.</p>			<p>Le direzioni amministrative di Aven hanno concordato, in armonia con la programmazione indicata nell'obiettivo, i seguenti livelli di operatività: 1) Prosecuzione della positiva attività nell'ambito dei processi di aggiudicazione di procedure di gara, mediante un attento monitoraggio dei singoli percorsi di gara ed eventuali solleciti in caso di ritardo rispetto alla tempistica programmata 2) Conferma dei gruppi di lavoro già attivi e programmazione della loro attività; è stata prevista la presenza dei direttori amministrativi, in base a una suddivisione per materia. E' poi stato riattivato il gruppo Controllo di Gestione, in quanto dal confronto dei vari professionisti aziendali ci si attende un significativo valore aggiunto sia in occasione di verifiche congiunte di report regionali (es. costi per LEA) sia di messa a fattor comune di buone pratiche. I primi output del gruppo saranno disponibili a partire dal prossimo mese di ottobre. 3) La direzione operativa e il coordinamento delle direzioni amministrative hanno condiviso le aree su cui lavorare in forma congiunta a partire dal mese di settembre, al fine di formulare/riformulare diversi regolamenti necessari, tra l'altro, per definire correttamente gli atti normativi aziendali ritenuti fondamentale in base alle regole di certificabilità dei bilanci.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta			Report e schemi di regolamenti in atti alla Direzione Amministrativa/ Direzione Generale	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>7.3</b>	<b><u>I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO</u></b>	 100%
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>7.3.1</b>	<b><u>Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo</u></b>	 100%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Dipartimento Valutazione e Controllo è una articolazione aziendale in Staff alla Direzione Generale a cui afferiscono le seguenti Unità Operative:

- . Servizio Controllo di Gestione
- . Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari

L'organizzazione aziendale vede, oltre alla funzione di Controllo di Gestione centrale, riferimento per l'intera Azienda, un'attività decentrata radicata presso ogni area distrettuale, a supporto delle strutture di rispettivo riferimento cui appartengono e dipendono, e di interfaccia con il Servizio aziendale.

Nel processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, si darà avvio alla integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo al fine di condividere le migliori professionalità e razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

Proseguirà lo sviluppo di una funzione strutturata di programmazione e controllo aziendale con il coinvolgimento non solo di professionisti di area amministrativa, da sempre impegnati nel controllo di gestione a livello aziendale e distrettuale, ma anche professionisti di area sanitaria con lo scopo di sviluppare una sinergia di competenze orientata a perseguire il collegamento tra programmazione, gestione economica e valutazione delle performance.

Dimensione Performance		3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo					
Obiettivo		7.3.1.1	Integrazione funzione programmazione valutazione e controllo AUSL - AOU					 100%			
Descrizione				Rendicontazione							
Avvio del processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, a partire dalla condivisione degli strumenti di programmazione e di un sistema comune di reportistica.				Il processo di integrazione funzionale è stato avviato a partire dalla condivisione degli strumenti di programmazione aziendali. Nella stesura del Piano della Performance 2016-2018 (Delibera n.3/OIV) c/o la sede dell'Azienda USL è stato fatto un incontro comune per condividere con l'OIV-RER l'impostazione e i contenuti del documento che è stato redatto sulla base di un format omogeneo e regolamente pubblicato nei siti istituzionali entro il 30/06/16 (scadenza prevista dalle direttive). Proseguono i lavori per la condivisione di un cruscotto di monitoraggio dell'accordo di fornitura e dei consumi del Pronto Soccorso e del Punto Bianco							
Obiettivi Performance		G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su base provinciale e di extra provinciale		Riferimento Normativo		DGR 901/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter	
Evidenza Reportistica				Dip. Val. Cont.		Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	7.3.1.2	Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali			 100%			
Descrizione			Rendicontazione					
Sviluppo di un sistema di gestione integrata dei documenti di programmazione aziendali (Piano Performance, Piano Azioni, Schede di Budget) attraverso l'utilizzo del software "G-Zoom" già in uso per la gestione delle schede di budget			Si sta consolidando il sistema di gestione integrata dei documenti di programmazione aziendale che sono ormai collegati sia logicamente (conseguenzialità gerarchica degli obiettivi) che strutturalmente (puntuale richiamo dei collegamenti evidente nei documenti); dal corrente anno il medesimo sistema viene utilizzato anche per monitorare e rendicontare gli obiettivi assegnati all'Azienda nelle Linee di Programmazione Regionali (DGR 1003/16) direttamente nel Piano delle Azioni.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibera OIV 1/2014 e 2/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Documentale			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
Obiettivo	7.3.1.3	Miglioramento Processo di budget					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
1. Consolidamento del processo iniziato nel 2014 attraverso l'utilizzo del software "G-Zoom" con la produzione di schede di budget omogenee in tutti i dipartimenti strutturate secondo una logica multidimensionale (BSC) e collegate al Piano Azioni ed al Piano della Performance; 2. In coerenza al Piano Attuativo della Certificabilità (PAC), avvio del processo per il recepimento di specifiche Linee Guida Regionali, la redazione del Regolamento di Budget aziendale e del manuale operativo di contabilità analitica			1) Le schede di budget, impostate secondo la logica del BSC, sono state arricchite inserendo il puntuale richiamo dell'obiettivo del Piano delle Azioni che a sua volta richiama l'obiettivo e la dimensione del Piano della Performance da cui discende. 2) Il regolamento di budget è stato presentato nella seduta del Collegio di Direzione del 17/03/16; è stata redatta una specifica procedura pubblicata in una apposita sezione della intranet aziendale.					
Obiettivi Performance	E7	Adeguamento al percorso di certificabilità dei bilanci (PAC)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Documentale			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.4</b>	<b>Qualità dei dati di contabilità analitica</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Miglioramento della conoscenza delle indicazioni del manuale e delle linee operative annualmente revisionate a livello regionale al fine di garantire la piena attendibilità dei flussi di contabilità analitica, attraverso il coinvolgimento delle articolazioni distrettuali e dei servizi e la produzione di specifiche istruzioni operative.</p>			<p>Nell'anno 2015 è stato diffuso il manuale di contabilità analitica aziendale, facendo riferimento alle linee guida regionali. Tale manuale è da ritenersi tuttora valido, e verrà aggiornato in caso di modifiche a livello regionale. E' costante il monitoraggio e l'attività di controllo sulla correttezza delle imputazioni in contabilità analitica da parte delle articolazioni e servizi. La correttezza e la puntualità del dato viene cercata anche mediante imputazione diretta di dati tramite file acquisiti dalle ditte fornitrici. Il servizio partecipa attivamente ai progetti aziendali in cui è coinvolto. In particolare nel corso dei primi mesi dell'anno è iniziato una collaborazione con le macroarticolazioni per il monitoraggio dei costi relativi alle manutenzioni delle attrezzature sanitarie, con la ridefinizione dei meccanismi di imputazione in contabilità analitica.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 901/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza istruzioni operative			Dip. Val. Con.	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.5</b>	<b>Cruscotto direzionale</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di un modello di controllo strategico mediante l'elaborazione di un cruscotto multidimensionale per la valutazione delle performance funzionali ai processi decisionali del Top Management. Sviluppo del "Cruscotto Multidimensionale" delle Case della Salute (Rif. Obiettivo 2.1.1.4)			Il cruscotto multidimensionale delle Case della Salute, avviato sperimentalmente sulla Casa della Salute di San Secondo P.se, è stato arricchito con altre 3 Case della Salute (Colorno, Medesano, Langhirano), presentato alla Direzione, ai distretti ed ai DCP il 30/06/16, ed è ora possibile iniziare a fare confronti e valutazioni specifiche sulla consistenza di alcuni indicatori, a suo tempo individuati, per un migliore adattamento alle diverse realtà ed alla capacità di lettura di determinati fenomeni					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza cruscotto			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	7.3.1.6	Supporto a progetti di ricerca						100%
Descrizione			Rendicontazione					
<p>L'Azienda collabora con importanti Istituti Universitari su progetti di ricerca volti a qualificare complessivamente il sistema azienda. Il Dipartimento Valutazione e Controllo assicura supporto metodologico ed operativo fornendo ai vari attori i dataset richiesti e compiendo elaborazioni ad hoc nei diversi ambiti in cui si svolge la ricerca. Nel 2016 sono in corso le seguenti collaborazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cergas Bocconi (Academy)</li> <li>- Cerismas Cattolica</li> <li>- Jefferson</li> </ul>			<p>Si è concluso il percorso Academy Cergas Bocconi per il triennio 2013-2015 con il workshop del 23/05/16 "Misurare per generare valore nel SSN: prospettive e strumenti per aziende e regioni", il contributo del Dipartimento Valutazione e Controllo è stato relativo al progetto "Population health management per la BPCO" attraverso cui si è acquisito il metodo per la individuazione, la stratificazione e la lettura dei consumi dei pazienti con BPCO inseriti nella coorte; la coorte è stata replicata, con i dati aggiornati, sulla popolazione assistita dalla Casa della Salute di San Secondo e gli elenchi dei pazienti saranno consegnati ai MMG della Casa della Salute/NCP per impostare programmi di medicina di iniziativa nello specifico della BPCO. E' stata avviata con il Cerismas dell'Università Cattolica, la ricerca "sistemi di misurazione delle performance e leadership del cambiamento nelle aziende sanitarie". Prosegue il confronto con la Jefferson University di Filadelfia sull'interrogazione e gestione della banca dati assistiti soprattutto rispetto alle anagrafiche dei MMG/PLS.</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza Attività			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.7</b>	<b>Sviluppo competenze e formazione</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La formazione funzionale allo sviluppo di una funzione strutturata aziendale di Programmazione e Controllo sarà orientata su due ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione strategica “Strategia Aziendale e controllo Direzionale” finalizzata allo sviluppo di competenze distintive orientate al controllo delle strategie e dei processi organizzativi rivolta ad un target di professionisti sia interni al Dipartimento che afferenti ad altre articolazioni aziendali sia di area amministrativa che sanitaria;.</li> <li>• Formazione operativa sull’interrogazione e l’analisi delle banche dati sanitarie attraverso l’utilizzo del software SAS EG ed SPSS rivolta ad un target di professionisti sia interni al Dipartimento che afferenti ad altre articolazioni aziendali, con competenze tecniche specifiche</li> </ul>			<p>Il 9 marzo ed il 10 maggio si sono svolti i primi due incontri del percorso formativo "strategie aziendali e controllo direzionale" dove è stato affrontato il tema della valutazione multidimensionale e della mappatura dei percorsi, sono stati ridefiniti i gruppi di lavoro ed assegnati i temi ai gruppi che proseguono le attività anche attraverso il confronto sulla piattaforma e-learning.</p> <p>La formazione operativa sull'interrogazione delle banche dati sanitarie e sullo sviluppo di competenze per l'analisi della domanda nei setting dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà avviata nel secondo semestre.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<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>Perf. inter</b>
Evidenza Eventi			U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.8</b>	<b>Sistema Informativo Controllo di Gestione</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Prosegue la manutenzione e l'aggiornamento del sistema gestionale MUSA/Targit, in dotazione al Servizio attraverso il tempestivo recepimento delle modifiche del sistema informativo aziendale e dei flussi informativi regionali che interverranno in corso d'anno.			Il sistema di analisi multidimensionale MUSA/TARGIT è aggiornato alle più recenti disposizioni rilasciate dalla Regione Emilia Romagna in tema di tracciati flussi dati. In particolare, sono state recepite le modifiche apportate al flusso informativo ADI.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR e Circolari Regionali				
<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>Perf. inter</b>
Percentuale aggiornamento flussi correttamente realizzati			Sistema Informativo del Dipartimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.9</b>	<b>Strumenti informatici</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Completamento dell'introduzione della tecnologia Server Integration Services (SSIS) per l'importazione e il controllo automatizzato dei dati nei Gestionali in uso presso il Dipartimento Valutazione e Controllo.			E' stata completata l'implementazione dell'import automatizzato dei dati delle Prestazioni Ambulatoriali, grazie alla disponibilità dei dati nel gestionale Auriga. L'automazione permette di slegarsi dalla restituzione periodica da parte del RIT e di ridurre drasticamente i tempi di caricamento dei dati. Il processo sostituisce una serie di procedure di importazioni manuali che spesso si sono rivelate problematiche anche dal punto di vista della stabilità del sistema.					
<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>Perf. inter</b>
Numero flussi automatizzati			Sistema Informativo del Dipartimento	Numero	4,00	8,00	4,00	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.10</b>	<b>Reportistica dinamica Targit</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo ed implementazione del sistema di reportistica dinamica con il software Targit: obiettivo è mettere a disposizione dell'Azienda un portale web contenente report dinamici ed interconnessi, utili per il monitoraggio e la pianificazione dell'attività e della produzione. Il portale, il cui sviluppo è iniziato alla fine del 2015 e che integra e non sostituisce i report statici a cadenza periodica, sarà accessibile tramite credenziali di accesso personalizzate per tipologia di area di interesse e di contenuti.			Il portale Web è stato realizzato. E' consultabile dalla Intranet Aziendale con utente e password in relazione a diversi argomenti: Ospedali, attività Costi MMG/PLS, Personale dipendente e convenzionato, Magazzino e Costi Amministrativi, Mensa, Privato accreditato, Case della Salute, Farmaceutica, Pronto Soccorso. I contenuti sono interattivi e aggiornati da CDG.					
<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>Perf. inter</b>
Pubblicazione e accessibilità del Cruscotto web			Targit	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
Obiettivo	7.3.1.11	Sistema Informativo – banche dati - adempimenti				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Al fine di esercitare la funzione di promozione e coordinamento dell'assolvimento dei debiti informativi che alimentano il sistema informativo regionale e ministeriale (assegnata al Dipartimento Valutazione e Controllo) è necessaria il corretto mantenimento e aggiornamento della mappatura delle "banche dati" presenti sui server aziendali e presso le varie strutture dell'Azienda. Il prodotto della rilevazione è un file in cui sono riportati tutte le informazioni salienti relative ai flussi informativi che attraversano l'Azienda nel suo funzionamento.</p>			<p>Si è completata la ricognizione delle Banche Dati aziendali grazie all'incontro con il Dr. Cozzolino, Direttore del DSP, che ha illustrato i numerosi e variegati flussi di pertinenza del Dipartimento e fornito i file completi di tutte informazioni richieste.</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Obiettivi DG				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza documentale			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.12</b>	<b>Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'attività di reporting legata ai flussi informativi (Sico, Sirco, Siadi, Hospice e Grad) e non (Sanità Penitenziaria, Ricoveri Area Salute Mentale Adulti, Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza, Costi e Personale del DAI-SMDP e del DSP) proseguirà, a completamento delle linee guida indicate nel Piano Attuativo della Certificabilità - DGR n. 865/2013 -, con l'introduzione nei report degli ultimi items di analisi previsti, il rispetto della tempistica raccomandata, compatibilmente con la disponibilità delle fonti dei dati, e la rappresentazione grafica con editing dedicato.</p> <p>Per quanto riguarda la nascente reportistica relativa all'Area assistenziale delle Cure Intermedie, proseguirà la fase di sviluppo, in collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie, mirante alla definitiva configurazione.</p> <p>Il flusso informativo SIADI richiederà ulteriori partecipazioni a Tavoli di Lavoro nell'ambito del Gruppo di miglioramento della qualità del flusso (Rif. obiettivo 1.1.5.3)</p>			<p>Nel corso del primo semestre 2016 è stata regolarmente pubblicata la reportistica su Costi, Personale e Dati di Attività di tutte le arre assistenziali già in produzione, intervenendo con aggiornamenti seguenti sia all'individuazione di nuovi indicatori e voci di spesa (come per esempio i costi dei medici MMG/PLS all'interno della reportistica ADI, grazie all'utilizzo dei dati presenti nella Reportistica ad hoc su Costi-Attività della Medicina di Libera Scelta e messi a disposizione dal sistema informatico Targit) sia al recepimento delle novità introdotte dalla Regione E-R in tema di flussi informativi. Nella seconda metà dell'anno si procederà alla prevista fase di completo adeguamento alle linee guida dettate dal DGR 865/2013.</p> <p>Per le Cure Intermedie, la reportistica ha visto la conferma di quanto già strutturato in precedenza, permanendo il previsto percorso di sviluppo in collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie, per il quale sono stati già effettuati confronti sull'argomento.</p> <p>Per il flusso informativo SIADI, il percorso di miglioramento della qualità del dato ha visto un primo tavolo di lavoro da parte del Gruppo di miglioramento in cui sono state focalizzate le prime criticità presenti e richiedenti ulteriori approfondimenti e conseguenti scelte operative che verranno trattati nei prossimi Tavoli di lavoro previsti nel secondo trimestre.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.1.13</b>	<b>Approfondimento indicatori Assistenza Specialistica Ambulatoriale finalizzato alla predisposizione di reportistica trimestrale e annuale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Il Dipartimento Valutazione e Controllo nei momenti di confronto con i propri interlocutori Aziendali ha percepito l'esigenza di un sistema di analisi delle grandezze salienti l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale. In particolare, si ritiene utile predisporre una reportistica di monitoraggio trimestrale della produzione ASA, rivolta eminentemente ai DCP, che nel fornire indicazioni dei volumi nelle diverse aree dell'Assistenza Specialistica tenga anche sotto controllo le prestazioni di particolare rilevanza per gli Obiettivi Aziendali. Su base annuale, inoltre, si pensa di realizzare un report di monitoraggio/ valutazione che analizzi: 1) l'andamento di produzione e consumo, 2) la valutazione della struttura dell'offerta e della dotazione dei Distretti, 3) l'andamento della mobilità, 4) la valutazione dei bacini di riferimento di erogazione delle prestazioni, 5) i tempi di attesa.</p>			<p>Grazie alla disponibilità intellegibile e immediata dei dati delle Prestazioni Ambulatoriali (si veda Obiettivo 9) e al miglioramento delle assegnazioni del Personale e dei medici cd SUMAIST ai Centri di Costo di afferenza, si è avviata la predisposizione di un sistema di reportistica, attività-costi, delle Prestazioni Ambulatoriali in ambito DCP. Il focus attualmente è indirizzato alla selezione dei fattori produttivi salienti e il dettaglio delle prestazioni di particolare importanza per gli Obiettivi Aziendali. Per quanto concerne la reportistica annuale, è stata intrapreso un approfondimento metodologico con un Docente Qualificato al fine di impossessarsi degli strumenti concettuali e operativi che permettano un'analisi avanzata della domanda e dell'offerta di Assistenza Specialistica Ambulatoriale.</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>Perf. inter</b>
Predisposizione reportistica trimestrale produzione ASA			Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	
Progettazione documento annuale analisi ASA			Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì	Sì	

<b>Settore</b>	<b>7.3.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il miglioramento del sistema informativo contabile</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);</li> <li>la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;</li> <li>-il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;</li> <li>-la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.</li> </ul>		

Dimensione Performance	3.1	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	3.1.1	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>		
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.1</b>	<b>Il miglioramento del sistema informativo contabile - Contabilità analitica</b>					
<b>Descrizione</b>		<b>Rendicontazione</b>					
Per quanto riguarda la contabilità analitica, le Aziende USL devono garantire nel 2016, anche mediante l'aggiornamento del piano dei centri di costo/ responsabilità aziendale, la corretta rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alla DGR 291/2010), nel rispetto delle Linee guida COAN regionali in modo da consentire analisi e valutazioni circa le risorse impiegate nell'ambito di tali strutture.		Il piano dei centri di costo aziendale è costantemente aggiornato e collegato con quello regionale. Perquanto riguarda le Case della Salute sono attivati i centri di costo che rispecchiano l'attività svolta al loro interno, facendo riferimento anche all'esperienza del gruppo di lavoro regionale al quale si è partecipato.					
<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>Perf. inter</b>
Avvio alimentazione		Documentale	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.3.2.2</b>	<b>Il miglioramento del sistema informativo contabile - contabilità analitica e ricavi presidio ospedaliero</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Sulla base di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016 (Applicazione, a decorrere dal 2017, delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547 – Piani di rientro – ai Presidi a gestione diretta delle Aziende Usl) e in vista della proposta ministeriale di un nuovo modello CP (Conto economico del Presidio) per la rilevazione dei costi e dei ricavi dei presidi ospedalieri utile alla determinazione dello scostamento gestionale previsto dalla Legge di Stabilità, si invitano le Aziende a prestare particolare attenzione nel 2016 all'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero.</p>			<p>A seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale è stato ridefinito il piano dei centri di costo del presidio stesso. L'imputazione dei costi è stata eseguita correttamente tenendo conto del nuovo modello. Per quanto riguarda i ricavi sono già attribuiti i ricavi propri (ticket pronto soccorso, libera professione) mentre solo in sede di chiusura sarà possibile ripartire la quota capitaria di competenza analizzando i punti DRG prodotti.</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>Perf. inter</b>
Alimentazione contabilità analitica ricavi presidio			Docuemntale	Si/No		Si		

<b>Sub-Area</b>	<b>7.4</b>	<b><u>LA FORMAZIONE</u></b>	 80%
-----------------	------------	-----------------------------	--

<b>Settore</b>	<b>7.4.1</b>	<b><u>Obiettivi generali e specifici</u></b>	 80%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Gli obiettivi di sistema si fondano in via prioritaria sull'applicazione delle indicazioni delle DGR 1331/2011 e 1332/2011 relative all'accreditamento della Formazione (funzione di governo e provider).

In ottica di sviluppo organizzativo invece il focus è collegato alla necessità di accompagnare lo sviluppo dell'organizzazione con azioni formative in grado di incidere sul cambiamento organizzativo. Tutto ciò comporta anche di lavorare in integrazione con gli aspetti della ricerca (prevalentemente organizzativa) e dello sviluppo delle competenze distintive per alcuni ruoli chiave.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.1</b>	<b>Accreditamento della funzione di governo e di provider: revisione delle evidenze</b>			 100%			
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il 17/2/2015 è stata effettuata la visita di verifica per l'accreditamento della funzione di governo e Provider ECM da parte della Commissione Regionale. La DGR 1604/2015 stabilisce la validità dell'accreditamento fino al 31/07/2018. Si intende lavorare sulle criticità rilevate nel verbale della visita, in parte confermate anche nella nota di risposta alle controdeduzioni del 29/07/2015, revisionando alcune evidenze.			Nel corso del primo semestre 2016 sono state revisionate alcune delle evidenze collegate alle procedure e alle istruzioni operative emesse dall'UO Formazione.					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>D8</b>	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR 1604/2015				
<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>Perf. inter</b>
N. evidenze revisionate/Evidenze emesse*100			Documentazione	% >=	15,00%	30,00%	15,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.2</b>	<b>Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione e per i referenti della formazione</b>				 <b>83%</b>		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) della Formazione Aziendale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione Aziendale e per i referenti della formazione dei Dipartimenti.</p> <p>In particolare ciò riguarderà il processo formativo e la valutazione.</p> <p>Nel corso del 2016 si prevede la programmazione di almeno 3 eventi connessi all'analisi del fabbisogno, alla progettazione e alla valutazione degli eventi formativi.</p>			<p>All'Interno del Piano delle Attività Formative 2016 è stato predisposto un Dossier Formativo specifico contenente i piani di sviluppo degli operatori dell'UO Formazione e dei referenti della formazione.</p> <p>In data 25 maggio 2016 è stato svolto un evento dal titolo "Dall'analisi dei fabbisogni alla definizione degli obiettivi formativi".</p> <p>Le altre due giornate previste sono in programma per ottobre - novembre 2016.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR OIV 1/14				
<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>Perf. inter</b>
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate			Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	33,33%	67,00%
Evidenza Dossier Formativo sulle competenze degli operatori della formazione			Sistema Informativo Formazione	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
Obiettivo	7.4.1.3	Sviluppo competenze dei ruoli infermieristici strategici: prosecuzione dell'attività formativa				 50%		
Descrizione			Rendicontazione					
Nel corso del 2016 verrà data continuità al percorso intrapreso sviluppando nuovi interventi finalizzati allo sviluppo di competenze relazionali e trasversali dei coordinatori infermieristici territoriali (3 giornate)			All'interno del Piano delle Attività Formative 2016 è stato predisposto un Dossier Formativo specifico. Sono state programmate, a partire da settembre 2016, le giornate di formazione previste.					
Obiettivi Performance	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate			Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Evidenza del Dossier Formativo Specifico			Sistema Informativo Formazione	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
Obiettivo	7.4.1.4	Formazione trasversale e manageriale						 25%
Descrizione			Rendicontazione					
<p>In questo ambito si ritiene di dare continuità alle azioni svolte e sviluppare nuovi interventi:</p> <p>1. Programmazione di seminari di ricaduta per i Direttori di Struttura Complessa che hanno completato le due edizioni del percorso formativo (3 seminari)</p> <p>2. Prosecuzione del percorso Strategie aziendali e controllo direzionale (2a Edizione - 3 giornate)</p> <p>3. Progettazione percorso formativo per Direttori di Struttura Semplice</p>			<p>1. Per quanto concerne la formazione dedicata ai Direttori di Struttura Complessa, in data 29/02/2016 è stato realizzato un seminario dal titolo "Verso servizi centrati sul paziente: gestire le sfide culturali del cambiamento organizzativo".</p> <p>2. Del Percorso formativo "Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione" sono state svolte due delle tre giornate previste in data 09/03/2016 e in data 10/05/2016. Questo si concluderà in data 13/09/2016 (ultima giornata).</p> <p>3. La progettazione del Percorso formativo per Direttori di Struttura Semplice sarà effettuato nel corso del secondo semestre.</p>					
Obiettivi Performance	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
N. giornate-seminari realizzati / N. giornate-seminari programmati			Sistema Informativo Formazione	% >=	67,00%	100,00%	33,33%	50,00%
Scheda di progettazione Percorso per direttori di struttura sempLice			Documentazione	Si/No =	Si	Si	No	0,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.5</b>	<b>Formazione integrata con la ricerca organizzativa e bibliografica</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il raccordo fra formazione e sviluppo organizzativo trova la sua evidenza nella realizzazione di un Dossier Formativo trasversale che intende per il 2016 affrontare: 1 La ricerca bibliografica (3 giornate) 2 L'etnografia organizzativa - corso avanzato (3 giornate) 3 La gestione dei focus group (3 giornate)			1. Nel corso del primo semestre sono state realizzate 2 giornate formative dedicate alla ricerca bibliografica, (12/05/2016 - 08/06/2016). La terza è in programma per ottobre 2016. 2. Del corso avanzato in etnografia organizzativa sono state realizzate le 3 giornate previste; è in programma per il secondo semestre un ulteriore sviluppo del percorso (3 giornate). 3. Il percorso formativo sulla gestione dei focus group sarà attivato nel secondo semestre a condizione di un numero sufficiente di adesioni.					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	Obiettivi Direttore Generale				
<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>Perf. inter</b>
N. giornate formative realizzate / N. giornate formative programmate ricerca bibliografica			Sistema Informativo Formazione	% >=	67,00%	100,00%	67,00%	100,00%
N. giornate formative realizzate / N. giornate programmate			Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	50,00%	100,00%

Dimensione Performance		3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale						
Obiettivo		7.4.1.6	Formazione E-learning									100%
Descrizione				Rendicontazione								
<p>Nel corso del 2016 si intende potenziare lo sviluppo della formazione e-learning erogata attraverso la piattaforma Foraven:</p> <p>1. Programmazione, sviluppo e gestione di percorsi formativi e-learning ( Legge 81 - Neoassunto)</p> <p>2. Progettazione e avvio di un percorso formativo volto a sviluppare le competenze di base per la gestione attiva di ambienti virtuali di apprendimento</p>				<p>Nel corso del Primo semestre è stato avviato il percorso formativo e-learning obbligatorio sulla sicurezza dei lavoratori (Legge 81) e prodotta una versione demo del percorso formativo dedicato al neoassunto.</p> <p>La progettazione del percorso formativo per lo sviluppo delle competenze di base e-learning è in fase di progettazione.</p>								
Obiettivi Performance		F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Riferimento Normativo								
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter			
N. giornate formative attivate percorso di formazione e-learning / N. giornate formative programmate				Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	50,00%	100,00%			
N. percorsi formativi e-learning attivati/ N. percorsi formativi e-learning programmati				Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%			

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.1.7</b>	<b>Integrazione con Formazione AOU: percorsi formativi</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione e sviluppo di percorsi formativi condivisi con AOU (almeno 2 percorsi)			Nel corso del primo semestre sono stati avviati e conclusi i seguenti 3 percorsi formativi: - "Corso sui rischi specifici per lavoratori" (4 ore) per n.5 Edizioni (27/01 - 16/02 - 08/03 - 20/04 - 18/05). - "Prevenzione e Promozione Trasparenza 2016 - 2018" (3 ore) per n. 2 Edizioni (20/04 - 20/06). - "Conciliazione Vita e Lavoro D.lgs 80 del 2015" (3 ore) per n.1 Edizione (23/05).					
<b>Obiettivi Performance</b>	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	<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>Perf. inter</b>
N. Eventi formativi realizzati/ N. Eventi formativi Programmati			Sistema Informativo Formazione	% >=	33,00%	100,00%	100,00%	100,00%

<b>Settore</b>	<b>7.4.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
Per tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche: prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.4.1</b>	<b>Area del Capitale Intellettuale</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.2.1</b>	<b>Formazione specifica in medicina generale - Percorso e Tutor</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguimento delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso: -La formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); -La definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.			Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento. La rete dei tutor sarà ridefinita e formalizzata nel corso del secondo semestre.					
<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>Perf. inter</b>
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese			Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.4.2.2</b>	<b>La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<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 2016 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)</p>			<p>Nel corso del 2016 i progetti formativi dei quali sarà misurato il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dematerializzazione e Gestore Documentale Babel</li> <li>- Progetto "Intervento a supporto dell'Integrazione di Funzioni di Staff e Tecnico Amministrative Azienda USL/Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma"</li> </ul> <p>Il percorso formativo del quale sarà misurata l'efficacia è quello in " Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione".</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>Perf. inter</b>
progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo			Documenti Formazione	Numero >=		2,00	2,00	
progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative			Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	

<b>Sub-Area</b>	<b>7.5</b>	<b><u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u></b>	 89%
-----------------	------------	--	--

<b>Settore</b>	<b>7.5.1</b>	<b><u>Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi</u></b>	 78%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'attività di comunicazione aziendale consoliderà ancora il pieno raggiungimento delle sue finalità istituzionali, ovvero: il miglioramento continuo dell'informazione e della conoscenza dei cittadini di servizi e percorsi di cura per un loro utilizzo più appropriato, la collaborazione alla promozione della salute e all'educazione sanitaria con apposite azioni di comunicazione integrata; il miglioramento della diffusione interna delle informazioni relative all'organizzazione e agli obiettivi aziendali.

Sono previste alcune azioni di innovazione organizzativa e produttiva: realizzazione di un sistema sperimentale di monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli strumenti di comunicazione; elaborazione di un progetto di fundraising inter-aziendale; attivazione della presenza aziendale sui principali social media.

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.1</b>	<b>Realizzazione di campagne informative</b>				 82%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Implementazione delle campagne informative regionali, realizzazione di campagne aziendali integrate, inter-aziendali o di Area Vasta, in accordo con il Piano regionale della prevenzione 2015-2018. In collaborazione con gli uffici aziendali competenti verranno costruiti percorsi ad hoc di monitoraggio e valutazione dell'efficacia comunicativa degli strumenti di comunicazione inter-aziendali a supporto delle campagne. Prosecuzione della campagna informativa interna-esterna aziendale a supporto della realizzazione della nuova ala ospedaliera di Vaio.			Sono state realizzate tutte le campagne previste e collegate con la programmazione aziendale e regionale. Particolare impegno e investimento organizzativo ed economico è stato assicurato per la campagna regionale sulla disdetta-liste d'attesa					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014				
<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>Perf. inter</b>
Campagne totali realizzate			evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	11,00	22,00	9,00	82,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.2</b>	<b>Materiale informativo</b>								100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Realizzazione grafica e stampa di strumenti cartacei di comunicazione interna ed esterna, applicando tecniche e principi previsti dalla progettualità regionale sull'health literacy.			L'attività è stata realizzata, anche in collaborazione con il Gruppo aziendale per la semplificazione della comunicazione ai cittadini ("health literacy") , per rispondere alle richieste di articolazioni aziendali e di progettualità interaziendali.							
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014						
<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>Perf. inter</b>		
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)			evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	20,00	40,00	31,00	100,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi					
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.3</b>	<b>Eventi comunicativi aziendali</b>								0%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>							
Progettazione e realizzazione di eventi comunicativi aziendali di particolare rilevanza e impatto sulla comunità di riferimento, nonché organizzazione diretta di eventi.			Non sono stati organizzati eventi aziendali di particolare rilievo strategico, perché non previsti dalla programmazione aziendale							
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014						
<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>Perf. inter</b>		
Eventi			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	1,00	3,00	0,00	0,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	7.5.1.4	Sito Internet, servizi online e portale ER Salute				 96%		
Descrizione			Rendicontazione					
Miglioramento continuo del sito Internet aziendale, nei contenuti informativi e loro organizzazione grafico-editoriale e aggregazione nel sito di siti esterni di singole strutture aziendali. Attivazione sperimentale di strumenti di rilevazione della qualità percepita da parte dei visitatori (sondaggi on line) , sperimentazione di commenti a una selezione di news. Attivazione presenza aziendale sui social media. Prosecuzione della collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute.			Si sono consolidate le azioni per garantire un miglioramento continuo sia di processo che di prodotto, tanto nei contenuti editoriali del sito come nella loro organizzazione. E' stata attivata da marzo la sperimentazione della pagina aziendale sul principale social media (Facebook), come previsto dal progetto validato dal Collegio di Direzione a gennaio.					
Obiettivi Performance	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	Riferimento Normativo	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Notizie pubblicate			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	125,00	250,00	115,00	92,00%
Utenti unici visitatori del sito aziendale			Google analytics	Numero >=	34.000,00	400.000,00	271.666,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.5</b>	<b>Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti</b>				 89%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Allineamento modalità informatiche di rilevazione e classificazione segnalazioni agli URP, supporto alla programmazione annuale del coordinamento aziendale CCM. Miglioramento della sezione aziendale della banca dati del numero verde regionale, rilevazione chiamate II° livello. Costruzione di un progetto di fundraising aziendale. Miglioramento delle risposte alle richieste informative dal servizio on line "scrivici" del sito aziendale.			Sono state allineate le modalità di rilevazione e classificazione delle richieste e-mail al sito (servizio "Scrivici") e le chiamate-risposte al II° livello del Numero verde del Servizio sanitario regionale, migliorando così l'analisi e la qualità delle risposte.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"				
<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>Perf. inter</b>
Risposte servizio on line "scrivici" e chiamate II° liv. del Num ver SSR			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	250,00	500,00	197,00	79,00%
Riunioni coordinamento aziendale URP e CCM			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.1.6</b>	<b>Rapporti con i media</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Consolidamento del coordinamento operativo con l'ufficio stampa di AOU, nell'ambito del progetto di integrazione dell'area comunicazione delle due Aziende, per perseguire il miglioramento continuo della presenza sui media locali e per ottenere una occasionale presenza sui media regionali e nazionali. Consolidamento del sistema aziendale di rilevazione statistica per la valutazione della qualità della presenza aziendale sui media locali .</p>			<p>Il coordinamento operativo interaziendale delle relazioni con la stampa è stato consolidato, così come la produzione semestrale, per la direzione ma anche per tutto il personale aziendale, di un sistema di rilevazione statistica della qualità della presenza aziendale sui media locali</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015, DGR 901/2015, DGR 771/2015, Circolare DGSPS RER prot.n. 0307552/2014, D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"				
<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>Perf. inter</b>
Comunicati e conferenze stampa			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	80,00	150,00	107,00	100,00%
Organizzazione interviste e contatti giornalisti-azienda			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	40,00	75,00	76,00	100,00%

<b>Settore</b>	<b>7.5.2</b>	<b><u>Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Consolidamento della funzione di diffusione interna delle informazioni sull'organizzazione e gli obiettivi aziendali, per contribuire alla realizzazione della programmazione aziendale e al miglioramento dell'efficienza produttiva e organizzativa aziendale. Allo scopo proseguirà la realizzazione di campagne informative interne, utilizzando prioritariamente servizi di comunicazione on line basati sulle funzionalità anche multimediali della nuova intranet , strumenti cartacei o video.			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.1</b>	<b>Dimensione della Produzione</b>	Area Performance	<b>3.1.1</b>	<b>Area dell'Efficienza dei Processi</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.5.2.1</b>	<b>Campagne di comunicazione interna</b>	 100%					
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione di campagne interne di comunicazione di promozione della salute, della tutela dei diritti e della sicurezza dei lavoratori, oltre che di informazione su attività, disposizioni e programmazione aziendali.			Sono state realizzate campagne di comunicazione interna sia specifiche (lavaggio della mani) che più generaliste (farmaci contraffatti, distetta, virus zika, ecc)					
<b>Obiettivi Performance</b>	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 172/2015				
<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>Perf. inter</b>
Campagne realizzate			evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	4,00	3,00	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti					 100%	
Descrizione			Rendicontazione					
Consolidamento della nuova intranet aziendale e delle sue funzionalità informative avanzate. Realizzazione grafico-editoriale di strumenti informativi cartacei e video			La nuova intranet si è consolidata quale strumento di lavoro quotidiano degli operatori aziendali. E' proseguita la realizzazione di prodotti grafico-editoriali ed è stata avviata la realizzazione di video informativi					
Obiettivi Performance	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni	Riferimento Normativo	DGR 172/2015				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Notizie pubblicate sulla Intranet			evidenze c/o Ufficio Formazione	Numero >=	50,00	100,00	82,00	100,00%
Prodotti informativi			evidenze doc.li c/o Ufficio Formazione	Numero >=	18,00	35,00	20,00	100,00%

<b>Sub-Area</b>	<b>7.6</b>	<b><u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u></b>	 <b>93%</b>
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>7.6.1</b>	<b><u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u></b>	 <b>80%</b>
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le direttrici sulle quali l'Azienda vuole impostare le azioni relative al personale sono principalmente quelle indicate come prioritarie dalle Linee di programmazione RER, determinate in gran parte dal quadro normativo nazionale, dalla contingenza economica e dall'impatto delle recenti manovre finanziarie. La contrazione delle risorse induce , riguardo al personale, ad una attenta analisi dei fabbisogni, oltre ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale – Pertanto :

- a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale
- b) Contenimento del numero di contratti a tempo determinato per copertura lunghe assenze-
- c) Riduzione del precariato
- d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione Aziendale sia in ambito sanitario, sia amministrativo-
- e) Politiche di integrazioni tra aziende provinciali ed a livello di Area Vasta.
- f) Riduzione del numero delle strutture complesse a seguito di politiche di razionalizzazione delle unità operative a parità di servizi offerti all'utenza.

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.1</b>	<b>Predisposizione attività propedeutiche all'avvio della procedura di gestione Unificata delle Risorse Umane (GRU) e partecipazione ai lavori del Gruppo regionale in preparazione alla introduzione</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Trattasi di obiettivo strategico, finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nella predisposizione delle tabelle di base, nella valutazione degli aspetti applicativi della procedura, ivi compresi i moduli Formazione, Gestione Turni e Valutazione competenze e della valutazione delle ricadute aziendali sia a livello operativo sia a livello organizzativo.</p>			<p>Durante il primo semestre 2016 si sono tenuti incontri mensili in sede AVEN per la predisposizione delle tabelle di base per tutti i moduli in cui si scompone la procedura unificata di gestione delle risorse umane GRU (Giuridico - Presenze - Economico - Formazione ecc.) Nel mese di giugno il tavolo regionale sulla base di quanto trasmesso dai gruppi di lavoro di area vasta ha redatto e inviato le tabelle GRU definitive alle Aziende sanitarie regionali affinché procedano alla transcodifica delle tabelle in uso presso le aziende stesse. procedura da completare entro il 31 agosto 2016</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera di programmazione regionale 2015			
<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>Perf. inter</b>
Allineamento tabelle di base secondo le tempistiche indicate dalla Regione			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%
Segnalazioni di eventuali specificità e problematiche aziendali			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.2</b>	<b>Governo degli organici, secondo le linee di indirizzo previste dalla normativa nazionale, dalle indicazioni regionali e dalla compatibilità economica aziendale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
L'Azienda, valutate le priorità in ambito assistenziale, e tenuto conto dei documenti di riorganizzazione dei dipartimenti aziendali e del PO, predispose un piano previsionale di assunzione coerente con gli indirizzi regionali. Verrà pertanto effettuata una programmazione del fabbisogno complessivo, e, nelle sedute di budget coi dipartimenti e con le articolazioni, verranno concertate le singole dotazioni per l'anno in corso. Verrà perseguito inoltre il progressivo superamento del precariato ed il contenimento del numero di personale a tempo determinato.			Nel primo semestre 2016 si sono tenuti gli incontri di budget con le articolazioni aziendali nel corso dei quali sono state raccolte le richieste di personale per l'anno 2016. Sulla base delle richieste pervenute e delle disposizioni regionali in materia di assunzioni (valide per il 1° semestre 2016) è stato predisposto il piano delle assunzioni valevole fino al 30 giugno 2016 trasmesso alla RER che lo ha approvato. Detto piano prevede la copertura dei posti che si rendono vacanti nel corso del 1° semestre 2016 fino ad un massimo dell'80% - percentuale dalla quale restano escluse le assunzioni ex delibera regionale 1735/2014 "stabilizzazioni" di personale in servizio a tempo determinato su posto vacante.					
<b>Obiettivi Performance</b>	E5	Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale	<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera di programmazione regionale 2015				
<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>Perf. inter</b>
Monitoraggio assunzioni personale dipendente a tempo indeterminato, determinato e flessibile ( In attesa di definizione)			Procedura risorse umane	Numero			90,00	
Predisposizione piano assunzioni			Documento piano assunzioni	Si/No		Si	Si	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
Obiettivo	7.6.1.3	Valutazione dell'assetto organizzativo aziendale di gestione delle risorse umane				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
L'imminente integrazione delle attività in capo ai servizi Risorse Umane delle due aziende sanitarie provinciali impone una riflessione sull'attuale assetto organizzativo ed operativo del ciclo di gestione delle risorse umane da cidurre in collaborazione ed in accordo con le direzioni amministrative distrettuali, finalizzata alla redazione di un documento che delinei l'assetto nell'ambito in esame.			E' stato approvato, con Delibera n. 37 del 29/1/2016 , il" Documento per l'integrazione di funzioni di staff e tecnico-amministrative AUSL/ AOU di Parma" con valenza di progettazione preliminare e d è iniziato il processo di analisi e di affinamento del documento stesso da parte di entrambe le direzioni per giungere alla progettazione definitiva.					
Obiettivi Performance	G2	Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi, Tecnici e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) su ba se provinciale e d extra provinciale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Organigrammi e funzionigrammi dei nuovi Servizi interaziendali			Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.4</b>	<b>Applicazione delle nuove convenzioni nazionali</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Il servizio dovrà valutare i contenuti del nuovo Accordo Nazionale della Specialistica Ambulatoriale, fornire le necessarie indicazioni interpretative ed operative alle strutture distrettuali e supportare la direzione nella predisposizione degli accordi integrativi aziendali; il servizio analogamente dovrà valutare gli effetti di eventuali ulteriori accordi nazionali in tema di personale convenzionato.			Sono stati definiti i percorsi amministrativi e temporali condivisi per l'applicazione operativa dei vari istituti giuridici e contrattuali. E' stata definita una procedura informatica e normativa in linea con gli orientamenti giuridici condivisi in sede di Tavolo di Lavoro Regionale					
<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>Perf. inter</b>
Supporto nella applicazione di nuovi accordi nazionali			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%
Supporto nella predisposizione di nuovi accordi integrativi			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.5</b>	<b>Applicazione delle nuove norme in tema di pubblico Impiego</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La prossima emanazione dei decreti delegati in tema di Pubblico Impiego richiederà al servizio, in stretto coordinamento con l'azienda ospedaliera, una analisi dei nuovi provvedimenti normativi, delle loro ricadute in azienda e delle necessarie indicazioni per una loro corretta applicazione. analoga attività dovrà essere svolta in caso di sigla a livello nazionale di nuovi Contratti Collettivi.			E' stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 giugno 2016 il decreto relativo ai licenziamenti disciplinari ed è iniziata l'analisi del provvedimento al fine di adeguare il regolamento disciplinare aziendale					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale e report dedicati			Documento	Sì/No	Sì	Sì	Sì	100,00%

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.1.6</b>	<b>Nuove norme in tema di orario di lavoro</b>						 0%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Ferme le responsabilità organizzative e di controllo in capo ai direttori di struttura, il servizio dovrà garantire alle medesime il necessario supporto e gli strumenti utili al pieno rispetto della normativa in questione, avendo anche presente quanto contenuto dalla Legge di Stabilità 2016 in tema di lavoro flessibile.</p>			<p>In data 14/6/2016 è stato siglato il verbale di concertazione con il quale l'Azienda e le OOSS della dirigenza medica hanno definito il "Regolamento per la disciplina dell'orario di lavoro della dirigenza medica del Presidio ospedaliero aziendale e del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze patologiche"</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	<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>Perf. inter</b>
Report dedicati			Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	No	0,00%

<b>Settore</b>	<b>7.6.2</b>	<b>Revisione organizzazione aziendale</b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	Area Performance	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.2.1</b>	<b>Funzionamento dell'Organismo Aziendale di Supporto</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
La rivisitazione organizzativa su base interaziendale dell'Area Risorse Umane dovrà prevedere il continuo confronto con l'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV regionale e facilitarne l'adeguamento strutturale ed operativo, sulla base delle indicazioni fornite dal medesimo OIV.			Si è provveduto all'espletamento delle attività previste dalla programmazione definita dall'OIV RER ed in particolare l'OAS è stato impegnato nei seguenti ambiti: 1) adempimenti inerenti l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza - Verbale OAS in data 4/2/2016 2) adempimenti inerenti il percorso di budget aziendale , validazione check list per la verifica valutazione al 30 giugno inerente il Regolamento di Budget ela reportistica aziendale di cui alla nota pg/2016/0378084 del Servizio Amministrazione del SSR - Verbale in data 30/6/2016					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Delibera n1/2014 OIV				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale e report dedicati			Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	Si	100,00%

Settore	7.6.3	<b><u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</u></b>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale	
<p>Nell'anno 2011, in adempimento alla L. n. 183/2010 e successiva Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro per le Pari Opportunità le Pubbliche Amministrazioni, è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia con delibera del Direttore Generale del 21.07.2011. Tale organismo sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le Pari Opportunità ed il Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing.</p> <p>Il Comitato ha iniziato ad operare nel mese di settembre, ha effettuato una giornata di formazione interna, ha elaborato ed approvato il regolamento che è stato successivamente deliberato dal Direttore Generale.</p> <p>A partire dal 2012 il Comitato ha sviluppato progettualità relative alla medicina di genere, quale il progetto, iniziato negli anni precedenti, relativo alla prevenzione del rischio cardiovascolare, rivolto alle Dipendenti dell'Azienda, e iniziative formative, in occasione della festa della Donna 2013 e 2014, 2015, in collaborazione con il CUG dell'azienda Ospedaliero-Universitaria.</p> <p>Ha contribuito, collaborando con la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, alla progettazione e realizzazione di azioni e interventi per il contrasto alla violenza sulle donne (progetto di modernizzazione regionale, percorsi formativi in due Case della Salute, iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, istituzione del Centro LDV per l'accompagnamento degli uomini maltrattanti). Sul versante del benessere organizzativo ha proceduto nel corso del 2014 all'elaborazione di un codice etico, in attuazione della Direttiva sopracitata</p>			

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
Obiettivo	7.6.3.1	Medicina di genere				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la quarta edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale rispettoso e valorizzante delle differenze.</p>			<p>E 'stato realizzato il convegno sul tema della fragilità ossea e forma fisica cui hanno partecipato 250 Operatori sanitari, sociali e delle Associazioni. L'argomento trattato rappresenta in modo emblematico l'approccio di prevenzione e cura della Medicina delle Differenze:le diverse caratteristiche endocrino metaboliche dei due generi, ma anche i fattori sociali, ambientali e culturali determinano una iversa espressione della malattia e delle possibilità di cura. Nel convegno sono stati particolarmente affrontati temi della prevenzione sia sul piano dell'attività motoria che di una corretta alimentazione.</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 213/2013 L. R. 91/2014				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
realizzazione convegno			ATTI IUFFICIO COMUNICAZIONE	Si/No =	Si	Si	Si	100,00%

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.3.2</b>	<b>Contrasto alla violenza sulle donne</b>						100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS negli anni precedenti, nella realizzazione del percorso formativo sul tema, nell'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, nella realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, nel 2016 proseguirà la partecipazione del CUG ai progetti di contrasto al fenomeno della violenza con particolare riferimento alla manutenzione della rete territoriale e al consolidamento e promozione del Centro Liberiamoci della Violenza			E' stata assicurata la partecipazione e la collaborazione agli incontri di verifica e programmazione delle attività. In particolare sono in fase di avanzata programmazione due eventi formativi che verranno realizzati nel secondo semestre. Il primo rivolto ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di tutta la provincia, il secondo, in occasione della Giornata contro la violenza, finalizzato a promuovere lo screening della violenza domestica in gravidanza.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015				
<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>Perf. inter</b>
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati			firme presenza depositate presso DASS	% <=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.3.3</b>	<b>Codice etico</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Formalizzazione e diffusione del Codice di Condotta/Codice Etico volto a prevenire tutte le forme di discriminazioni in ambito all'Azienda, ad integrazione/ sostituzione del Codice contro le molestie sessuali.			L'azione potrà essere realizzata nel secondo semestre, successivamente alla formalizzazione del rinnovo dei Componenti del CUG avvenuto tramite procedura d'interpello a tutto il personale.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 213/2013				
<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>Perf. inter</b>
Incontri con articolazioni aziendali			Firme presenza	Numero <=		4,00		
Deliberazione aziendale			Deliberazione	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.3.4</b>	<b>Piano Azioni Positive</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Formalizzazione, del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n. 125/1991 e D.lgs. 196/2000.			L'azione potrà essere realizzata nel secondo semestre, successivamente alla formalizzazione del rinnovo dei Componenti del CUG avvenuto tramite procedura d'interpello a tutto il personale.					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000.				
<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>Perf. inter</b>
Deliberazione aziendale			atti direzione aziendale	Si/No =		Si	No	

Settore	7.6.4 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle risorse umane</b>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione, da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione della percentuale specifica di copertura, sia del turn over del personale dedicato all'assistenza, sia degli obiettivi di costo complessivo delle risorse umane.</p> <p>Nei Piani di Assunzione e nelle proprie dotazioni organiche, sottoposti alle valutazioni regionali, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.</p> <p>Nella programmazione dei fabbisogni e in sede di redazione dei Piani di Assunzione 2016, gli Enti del Servizio Sanitario dovranno inoltre considerare il disposto dell'art. 1, comma 397, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni. Contestualmente all'approvazione dei Piani di Assunzione, la Regione procede al controllo, previsto dalla Legge, degli atti deliberativi di adeguamento delle dotazioni organiche. Per quanto riguarda il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto), permane per il 2016 il blocco del turn over, fatte salve specifiche autorizzazioni in deroga e adeguamento alle disposizioni introdotte dall'art. 1, comma 224, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016)...</p> <p>( vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 37)</p>		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.1</b>	<b>Governo delle risorse umane - Legge di Stabilità 2016, programmazione per il superamento delle criticità nell'applicazione Legge 161/2014</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
In relazione ai contenuti della Legge di Stabilità 2016, in particolare nell'ambito dell'attività di programmazione rivolta al superamento delle criticità organizzative derivanti dall'applicazione della Legge 161/2014, la Regione Emilia-Romagna è impegnata attivamente all'interno di Tavoli di Lavoro nazionali, al fine di definire metodologie di calcolo dei fabbisogni effettivi di personale impiegato nelle strutture sanitarie, inquadrato sia nei ruoli della Dirigenza che del Comparto. ( vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 37)			Nel primo semestre 2016 si sono tenuti gli incontri di budget con le articolazioni aziendali nel corso dei quali sono state raccolte le richieste di personale per l'anno 2016. Sulla base delle richieste pervenute e delle disposizioni regionali in materia di assunzioni (valide per il 1° semestre 2016) è stato predisposto il piano delle assunzioni valevole fino al 30 giugno 2016 trasmesso alla RER che lo ha approvato. Detto piano prevede la copertura dei posti che si rendono vacanti nel corso del 1° semestre 2016 fino ad un massimo dell'80% - percentuale dalla quale restano escluse le assunzioni ex delibera regionale 1735/2014 "stabilizzazioni" di personale in servizio a tempo determinato su posto vacante.					
<b>Obiettivi Performance</b>	E5	Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale		<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>Perf. inter</b>
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti			Evidenza documentale	Si/No		Si		
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati			Evidenza documentale	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.2</b>	<b>Governo delle risorse umane - GRU, processi di integrazione interaziendale e relazioni sindacali</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prosecuzione e conclusione dei processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra Aziende, sia a livello provinciale che di Area Vasta, impegno caratterizzante degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, al fine di migliorare l'efficienza gestionale e giungere all'adeguata ridefinizione del fabbisogno di risorse umane, con conseguente razionalizzazione della spesa.</p> <p>le Direzioni degli Enti dovranno inoltre garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma. Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva... ( vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 38)</p>			<p>1) E' stato approvato, con Delibera n. 37 del 29/1/2016 , il" Documento per l'integrazione di funzioni di staff e tecnico-amministrative AUSL/ AOU di Parma" con valenza di progettazione preliminare e d è iniziato il processo di analisi e di affinamento del documento stesso da parte di entrambe le direzioni per giungere alla progettazione definitiva.</p> <p>2) E' stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 giugno 2016 il decreto relativo ai licenziamenti disciplinari ed è iniziata l'analisi del provvedimento ai fini dell'adeguamento del regolamento disciplinare.</p> <p>3) Sono state rispettate le scadenze individuate nel cronoprogramma del progetto GRU</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	<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>Perf. inter</b>
Numero processi completati sul totale processi avviati			specifico flusso di riferimento	% >=				
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		
Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		
Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.6.4.3</b>	<b>Governo delle risorse umane - Processi di stabilizzazione del personale e contenimento del costo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato, nel 2016 andranno completati gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014. Sarà tuttavia possibile pianificare, in coerenza con il Piano di Assunzioni e il risultato di Bilancio aziendale, nel caso l'iniziativa sia ritenuta strategicamente favorevole, la copertura di posti vacanti con il personale che attualmente li ricopre, sia della Dirigenza che del Comparto, a condizione che l'operazione non pregiudichi l'equilibrio del sistema. La progressione delle politiche di stabilizzazione del personale a tempo determinato, dovrà inoltre indurre la limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata, eventuali attivazioni di tali contratti dovranno, in ogni caso, essere disposti in coerenza con la normativa vigente. Il contenimento del costo del personale è, in sintesi, un obiettivo prioritario delle Aziende sanitarie regionali, deve essere perseguito principalmente attraverso lo sviluppo dei processi di riorganizzazione gestionale e la recente normativa sulla revisione delle reti ospedaliere... ( vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 39)</p>			<p>A parziale completamento degli obiettivi previsti dalla DGR 1735/2014 l'AUSL di Parma nel corso del 1° semestre 2016 ha proceduto alla stabilizzazione di 9 unità tra personale aree della Dirigenza e Comparto.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	<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>Perf. inter</b>
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile			Evidenza documentale	Si/No		Si	Si	
Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente			Evidenza documentale	Si/No		Si	Si	

<b>Sub-Area</b>	<b>7.7</b>	<b><u>Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u></b>	 100%
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>7.7.1</b>	<b><u>Organizzazione e gestione del personale</u></b>	 100%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel 2016 si intende qualificare l'attività presso la struttura "lungo-assistenza" di Borgo Val di Taro attraverso l'adozione di specifici strumenti di pianificazione e valutazione dell'assistenza a partire dal Piano Assistenziale Integrato. Altre azioni previste riferiscono ad aspetti di ottimizzazione di percorsi e di utilizzo di risorse, progetto sulle sale operatorie, attraverso la collaborazione ad un progetto attivato dalla Direzione sanitaria, e di miglioramento della qualità di registrazione informatizzata dei dati relativi alla assistenza domiciliare, ADI WEB. Ancora, a seguito dell'avvenuta formazione di professionisti dell'Azienda alla specifica attività, si evidenzia la programmazione di percorsi di educazione al self management per pazienti affetti da malattie croniche secondo il modello, ormai assunto in numerose realtà nazionali ed internazionali, della Stanford University. Ulteriore impegno sarà rivolto alla costruzione ed al consolidamento di una rete di professionisti che fungano da facilitatori sui temi del rischio infettivo nelle attività assistenziali.

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.2</b>	<b>Dimensione della Qualità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.2.1</b>	<b>Area della Centralità del Paziente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.1</b>	<b>Qualificazione dell'attività presso la Struttura di Cure Intermedie "Lungo-Assistenza territoriale" di Borgo Val di Taro</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nella struttura di "Lungo-Assistenza", struttura ad alta valenza assistenziale, si intende pienamente adottare il metodo di lavoro ispirato alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale.</p> <p>L'équipe opererà mediante la stesura, l'attivazione e la successiva verifica, di Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) finalizzati alla conoscenza del paziente in tutti i suoi aspetti consentendo, operativamente, di identificare le modalità di assistenza a lui più adeguate tenendo conto di tutti i bisogni emersi dal confronto tra i diversi operatori, il paziente stesso e/o i suoi familiari.</p>			<p>Nel primo semestre del 2016 sono stati attivati gli incontri, a carattere settimanale, dell'équipe multiprofessionale; sono stati messi in uso, per valutazione e successiva validazione, alcuni strumenti operativi volti all'integrazione multidisciplinare (PAI, diario clinico integrato, schede di valutazione).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 284/2013 DGR 217/2014 DGR 172/15				
<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>Perf. inter</b>
N° PAI predisposti/n° pazienti presi in carico nel periodo in esame			Doc. assistenziale	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.2</b>	<b>Ottimizzazione delle sale operatorie</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Definizione di un progetto di riorganizzazione dei comparti operatori del P.O. Aziendale.			Il gruppo di lavoro è pienamente operativo ed i Coordinatori dei Comparti Operatori, coadiuvati dalle rispettive équipes, hanno realizzato, utilizzando gli strumenti documentali adottati, le attività di monitoraggio e raccolta dati definite nella fase di progettazione; il materiale raccolto è già stato oggetto di alcuni momenti di valutazione da parte del gruppo.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale	<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>Perf. inter</b>
Attivazione gruppo di lavoro			Direzione P.O.	Si/No =	Si		Si	100,00%
Documento di riorganizzazione			Direzione P.O.	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.3</b>	<b>Realizzazione di percorsi di formazione all'autogestione delle malattie croniche</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Realizzazione di percorsi di formazione al self management della malattia (modello Stanford University) in persone affette da patologia cronica con obiettivi di miglioramento della qualità di vita e dell'utilizzo appropriato dei servizi sanitari nella prospettiva di implementazione del modello del CCM.			Nel corso del I° semestre sono stati realizzati due percorsi di formazione, secondo il modello della Stanford University, presso le Case della Salute di Colorno e di San Secondo, coinvolgendo, complessivamente, 24 pazienti con patologie croniche o loro caregiver. Si stanno realizzando le opportune valutazioni per proseguire ed ampliare l'offerta di questi percorsi.					
<b>Obiettivi Performance</b>	A9	Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	<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>Perf. inter</b>
Gruppi di self management attivati in ambito provinciale			evidenze SIT	Numero >=	1,00	2,00	2,00	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
Obiettivo	7.7.1.4	Spazio menopausa				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
Attivazione dello "Spazio Menopausa", collocato nel Consultorio di Borgotaro: valorizzazione del ruolo dell'ostetrica, nell'ambito dell'équipe multidisciplinare, relativamente alle attività di educazione a comportamenti preventivi e ad uno stile di vita coerenti con la menopausa (alimentazione, attività fisica, buone abitudini) e di rieducazione del pavimento pelvico.			Il progetto di organizzazione dello Spazio Menopausa è stato redatto e validato, in ambito distrettuale, nei tempi previsti; si è anche completato il percorso formativo, presso l'AOU di Parma del personale ostetrico del Distretto che opererà nello Spazio Menopausa.					
Obiettivi Performance	A8	Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
pz con interventi specifici ostetrica/tot. pz che si rivolgono Serv. stesura e validazione del progetto			evidenze Servizio	% >=		60,00%		
			evidenze Distretto	Si/No =	Si		Si	100,00%

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.5</b>	<b>Costruzione rete di facilitatori - funzione aziendale rischio infettivo - I.C.A.</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
A seguito dell'attivazione della specifica funzione aziendale, afferente alla Direzione Infermieristica e Tecnica, progettazione e costruzione di una rete di professionisti che nell'ambito delle proprie realtà operative costituiscano un punto di riferimento per le tematiche del rischio infettivo nelle attività assistenziali e si rendano garanti dell'applicazione dei relativi progetti di miglioramento.			E' stato elaborato il documento di progetto che definisce, in una prospettiva di stretta integrazione operativa tra Servizio infermieristico e Tecnico, Comitato infezioni ed U.O. Governo Clinico, gli obiettivi di un gruppo di miglioramento permanente sulla prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza, sia per l'ambito ospedaliero che territoriale, le modalità di individuazione dei professionisti partecipanti ed il percorso formativo preliminare.					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	<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>Perf. inter</b>
Costituzione rete dei facilitatori			evidenze SIT	Si/No =		Si		
Formazione dei componenti della rete			evidenze SIT	Si/No =		Si		

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.7.1.6</b>	<b>Adozione in uso dell'applicativo ADI-WEB</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adozione del nuovo applicativo ADI-WEB in una prospettiva di miglioramento della qualità della registrazione delle informazioni relative all'attività erogata in regime di assistenza domiciliare.			E' stato realizzato il percorso formativo , rivolto a circa 200 dipendenti di varia qualifica, utilizzatori del nuovo applicativo ADI-WEB ; si è anche concluso il percorso di sperimentazione e ADI-WEB è, ormai, puntualmente utilizzato per le esigenze del flusso informativo regionale sull'attività erogata.					
<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>Perf. inter</b>
Formazione e introduzione in uso dell'applicativo			Evidenze distrettuali	Si/No =		Si		

<b>Sub-Area</b>	<b>7.8</b>	<b><u>Sicurezza del lavoro</u></b>
-----------------	------------	------------------------------------

<b>Settore</b>	<b>7.8.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Continua in Azienda la realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i.            Il percorso avviato ha migliorato, a tutti i livelli organizzativi, le conoscenze in materia di sicurezza del lavoro promuovendo la “ cultura della sicurezza “ come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e non solo come mero adempimento normativo.            Anche per l'anno 2016 l'obiettivo prioritario è rappresentato dal coinvolgimento attivo di tutte le figure aziendali per la condivisione ed adozione delle medesime Procedure di lavoro / Istruzioni Operative, da applicarsi nei vari Servizi dell'Azienda.</p>	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.1</b>	<b>Gestione del rischio</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>Miglioramento delle condizioni di lavoro, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i., attraverso l'elaborazione di documenti di valutazione del rischio mirati, con riferimento ai rischi di carattere generale di tipo trasversale ed ai rischi specifici presenti nell'attività lavorativa. Predisposizione di Piani di bonifica. Predisposizione e/o Aggiornamento Documento di Valutazione del Rischio ed azioni conseguenti.</p> <p>Aggiornamento del Documento di valutazione del Rischio da esposizione ad Agenti Biologici e contestuale verifica relativa all'applicazione delle Procedure di sicurezza ed eventuale revisione/aggiornamento. Analisi del fenomeno infortunistico e formazione degli operatori, in collaborazione con i S.I.T. az.li. Collaborazione con il C.I.O. per il contrasto ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>A livello Aziendale inizia il percorso per l'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici, con la raccolta delle Schede di sicurezza aggiornate alla nuova Normativa ( Reach - CLP : Regolamenti Europei in vigore dal 01.06.2015 ).</p> <p>Aggiornamento del Documento Aziendale che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione Individuali e diffusione fra gli operatori aziendali.</p>		<b>Rendicontazione</b>	<p>Predisposto Documento di Valutazioni del rischio per le sedi individuate. - DISTRIBUITE Predisposta la statistica degli infortuni, compresi infortuni a rischio biologico e distribuita agli interlocutori az.li. - DISTRIBUITO</p> <p>Iniziata la raccolta delle informazioni per per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione ad agenti biologici. - IN CORSO ANALISI</p> <p>Iniziata la raccolta delle informazioni per per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici. - IN CORSO ANALISI E VALUTAZIONE</p> <p>Aggiornato il Documento Az.le che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione individuali. - DISTRIBUITO</p>				
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'assistenza	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Azioni di miglioramento eseguite.			atti del SPPA	Sì/No		Sì	No	
Relazioni effettuate			atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	Sì/No =		Sì	No	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.2</b>	<b>Gestione Emergenze</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prosegue la predisposizione e/o l'aggiornamento dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali.</p> <p>Organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le.</p> <p>Attività di Formazione ed addestramento delle Squadre addette alla Gestione dell'Emergenza: RGE – Responsabile Gestione Emergenza e AGE – Addetti alla Gestione dell'Emergenza, compresa la formazione rispetto alla gestione degli impianti di allarme antincendio.</p>			<p>Eseguito aggiornamento e/o predisposizione Piani di Emergenza richiesti / concordati con singole articolazioni aziendali.</p> <p>Effettuate simulazione di emergenza ed in preparazione per secondo semestre 2016. Organizzati i Corso di formazione /addestramento che saranno effettuati nel secondo semestre 2016.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	D5	Gestione eventi avversi gravissimi e delle crisi	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Numero di simulazioni effettuate			atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	
Numero Piani di emergenza predisposti			atti SPPA	Numero =		90,00	50,00	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.3</b>	<b>Formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Prosegue l'attività di formazione di Dirigenti – Preposti – Lavoratori, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i. e dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011: organizzazione in AVEN dell'aggiornamento - 6 ore in modalità e-learning ed in collaborazione con AOU di Parma della Formazione specifica, nell'ambito dei Progetti formativi dell'OPP - Organismo Paritetico Provinciale Sanità Pubblica. Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning. Formazione del neo-assunto, in modalità e-learning. Formazione specifica antincendio. Formazione specifica sulla corretta movimentazione delle persone nell'Assistenza Domiciliare, rivolta agli Operatori dei Distretti.</p>			<p>Organizzata la formazione come da programma aziendale. I corsi di formazione sono iniziati. In corso il monitoraggio.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011				
<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>Perf. inter</b>
Percentuale di adesione alle iniziative formative proposte			Anagrafica Aziendale	% =		100,00%	50,00%	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.4</b>	<b>Benessere Organizzativo</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nell'ambito delle iniziative legate alla promozione del benessere organizzativo, si promuove il monitoraggio e l'analisi dei fattori di rischio - manifestazione e contrasto relativi all'anno 2015; i dati ottenuti saranno poi confrontati con gli stessi dati dell'anno 2013. Si avvia in tal modo il confronto interno fra partizioni organizzative aziendali, mirato all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato.</p>			<p>E' iniziata la raccolta degli Indicatori aziendali per il confronto successivo. Al momento non sono disponibili tutti gli indicatori necessari e richiesti dal Metodo adottato: Rif. 8°Rapporto annuale su Salute e Sicurezza in ER, "Sicurezza, qualità del lavoro e rischi psico sociali "</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione Relazione e sua diffusione.			atti SPPA	Si/No =		Si	No	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.1.5</b>	<b>Azioni di Area Vasta</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>In Area Vasta AVEN si propone di avviare la raccolta delle Schede di sicurezza aggiornate (secondo la Normativa Reach - CLP ) al fine di creare un archivio informatizzato comune a disposizione dei SPPA, mirato all'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio chimico.</p>			<p>Creato Archivio informatizzato contenete le Schede di sicurezza dei prodotti chimici in uso.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Schede di sicurezza rese disponibili			atti SPPA	% =		100,00%	80,00%	

<b>Settore</b>	<b>7.8.2</b>	<b>Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il Sistema di Gestione della Sicurezza ex-art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i. comprende l'attuazione della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica dei lavoratori esposti a rischi per la salute, delegata al medico competente aziendale.</p> <p>Anche per il 2016 il medico competente è chiamato ad operare in collaborazione con le figure preposte alla sicurezza sia per i rischi disciplinati dal DLgs 81/2008 che quelli indicati dal DLgs 230/1995 in materia di radioprotezione, per garantire al Datore di Lavoro ed ai Dirigenti con delega quel modello organizzativo "esimente" delle responsabilità. Il medico collabora inoltre nei progetti aziendali di igiene ospedaliera per la tutela del rischio degli utenti "terzi".</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.4</b>	<b>Dimensione dello Sviluppo Organizzativo</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.4.2</b>	<b>Area del Capitale Organizzativo</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.1</b>	<b>Gestione del rischio- A</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Valutazione e stesura del Documento di Valuazione del rischio TBC in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro. Completamento dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con ITBL operanti in aree a rischio per la propria salute e per i terzi assistiti.			Lettera alle Direzioni di Ospedale e Distretto e articolazioni interne di inizio valutazione, con compilazione questionario allegato sui casi di TBC per ogni UO/servizio sanitario AUSL, misure tecniche e procedure presenti. Test di Mantoux per articolazione aziendale e UO/servizio					
<b>Obiettivi Performance</b>	<b>G3</b>	<b>Attuazione del Piano regionale della Prevenzione</b>	<b>Riferimento Normativo</b>	<b>D.L.vo 81/08 e s.m.i. Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 DGR n°2 del 2010</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>Perf. inter</b>
Articolazioni aziendali dotate di Documento di valutazione del rischio DLgs 81-2008 per rischio TBC /totale delle articolazioni aziendali da dotare con il Documento di valutazione del rischio			Atti Direzione aziendale	% >=		50,00%	5,00%	
Articolazioni aziendali dotate di Resoconto screening tubercolinici nei reparti classificati a rischio dal Documento di Valutazione aziendale/totale delle articolazioni aziendali da dotare di Resoconto			medico competente	% =		50,00%	30,00%	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.2</b>	<b>Gestione del rischio -B</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Completamento dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea, in particolare varicella e morbillo, secondo PRP 2016-2018 recepito nel piano locale in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro.			Resoconto sul personale sanitario che ha effettuato lo screening varicella/morbillo. Protocollo di sorveglianza sanitaria per esposti a rischio TBC, basato sulla Valutazione del rischio di reparto/servizio di cui al punto 3.4.2.1.					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<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>Perf. inter</b>
Articolazioni aziendali con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo degli operatori a rischio o a rischio verso terzi/totale delle articolazioni aziendali da dotare con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo			medico competente	% =		50,00%	30,00%	
Evidenza Protocollo di sorveglianza sanitaria per esposti al rischio TBC, varicella e morbillo			Atti direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.3</b>	<b>Gestione del rischio -C</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Contenimento del rischio biologico da HBV HCV HIV in caso di infortunio percutaneo e congiuntivale del personale e dei costi della terapia profilattica attraverso la determinazione in tempi rapidi (entro 4-6 ore) dello stato sierologico del soggetto "fonte" nelle articolazioni dell'AUSL di Parma servita dai Laboratori Aziendali e/o laboratori dell'AOU di Parma contenimento dei costi della terapia profilattica.			Lettera della Direzione sanitaria ai Laboratori aziendali per la determinazione in tempi rapidi del test HIV nei soggetti "fonte" di infortunio a rischio biologico del personale. Lettera alla Direzione Sanitaria AOU di Parma per determinazione in tempi rapidi del test HIV su soggetto "fonte".					
<b>Obiettivi Performance</b>	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza Accordo con AOU di Parma per effettuare lo screening sul soggetto fonte in tempi brevi ( 4/6 ore dall'evento)			Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	
Evidenza del Protocollo di intesa aziendale con i laboratori dei P.O. per rispetto tempistiche sopraindicate			Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.4</b>	<b>Formazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Corsi di formazione del personale non immunizzato da epatite B, varicella, morbillo per promuovere la cultura delle vaccinazioni.			Corso con elenco partecipanti e attestato di frequenza					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011				
<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>Perf. inter</b>
Corso e attestati di partecipazione della popolazione target sopra indicata			Atti ufficio formazione	Sì/No		Sì	No	

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.2.5</b>	<b>Innovazione informatica</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Sviluppo di un sistema di integrazione con Dipartimento di Sanità Pubblica per allargamento al medico competente del sistema di registrazione delle vaccinazioni effettuate sulla popolazione lavorativa AUSL e implementazione delle informazioni a corredo della scheda vaccinale. Cartella informatizzata per la gestione degli screening tubercolari e da varicella-morbillo.			Sistema informatizzato per inserimento screening TBC e varicella-morbillo, su modello regionale, da software fornito da Regione o AUSL Parma. Corso di formazione per accesso al sistema di visualizzazione e registrazione delle vaccinazioni AUSL Parma (sistema ONIT) per ambulatori medico competente e personale Pronto Soccorso, con attestati di frequenza.					
<b>Obiettivi Performance</b>	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica	<b>Riferimento Normativo</b>	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
<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>Perf. inter</b>
Attivazione cartella informatizzata per inserimento screening tubercolari e varicella-morbillo			medico competente RIT,	Si/No		Si	No	
Evidenza inserimento dati vaccinali ed immunologici da parte del MC emersi a seguito di visite eseguite dopo l'acquisizione credenziali software			medico competente RIT, Igiene Pubblica	Si/No		Si	Si	

Settore	7.8.3 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;</li> <li>- Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;</li> <li>- Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.</li> <li>- Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.</li> </ul>	

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.8.3.1</b>	<b>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;</li> <li>- Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;</li> <li>- Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.</li> <li>- Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.</li> </ul>			<p>Il Responsabile del SPPA partecipa attivamente ai coordinamenti regionali ed attua a livello locale le decisioni assunte.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione	<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>Perf. inter</b>
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari			Atti Direzione aziendale	% >=		34,00%		

<b>Sub-Area</b>	<b>7.9</b>	<b>Politiche degli acquisti e logistica</b>	 <b>74%</b>
-----------------	------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>7.9.1</b>	<b>Obiettivi 2016</b>	 <b>74%</b>
----------------	--------------	-----------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2015 la Regione ha predisposto il Masterplan 2015-2017 (approvato con Determinazione n. 3617 del 26.03.2015 del Direttore della Direzione Generale e Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, trasmesso alla ns. Azienda con nota prot. PG.2015.0223935 del 07.04.2015), contenente la programmazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni emerse dalle diverse Aree Vaste. A seguito di tale programmazione AVEN ha provveduto ad aggiornare i propri strumenti di programmazione, evidenziando precisi tempi di esecuzione delle procedure. Le diverse Aziende sanitarie sono chiamate a contribuire allo svolgimento della programmazione regionale e di Area Vasta, partecipando tramite propri dipendenti ai gruppi di lavoro per la formulazione dei progetti e alle Commissioni dai Gara per l'affidamento degli appalti. Le procedure non comprese in tali programmazioni dovranno essere ricomprese in uno strumento programmatico aziendale, da formulare in coerenza con quelli di livello sovraziendale, specificando tempi e modalità di esecuzione.

Inoltre, nell'ambito del processo di revisione della programmazione delle attività, si evidenzia quanto segue:

- 1) il 2016 è l'ultimo anno di esecuzione degli interventi previsti nel Piano Triennale 2014 – 2016 per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, delle autovetture di servizio, e dei beni immobili ad uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali, approvato con delibera n. 354 del 09/06/2014. Tale programmazione evidenzia gli elementi strategici aziendali per il raggiungimento della razionalizzazione delle dotazioni prima indicate, in ottemperanza a quanto previsto dai commi 594 e 595 dell'art. 2 della L. 24-12-2007 N. 244;
- 2) nel corso del 2015 sono stati sviluppati e realizzati i progetti di dematerializzazione delle fatture passive e di riorganizzazione del processo contabile di fornitura dei servizi, dalla fase di controllo tecnico ed amministrativo delle prestazioni alla fase di liquidazione, con informatizzazione di tutte le fasi. Tali progetti costituiscono la base per razionalizzare i rapporti con i fornitori, diminuendo i dati quantitativi in merito alle fatture da gestire, con benefici in termini di ore di lavoro;
- 3) con riferimento al complesso ospedaliero di Vaio è vigente un contratto di gestione di centro servizi, di struttura alberghiera, di struttura ricettiva e commerciale – strutture finalizzate anche al supporto dell'attività sanitaria, nell'ambito del contratto di concessione e costruzione dello stesso da parte della Ditta PROSA s.p.a. di Carpi (MO). Tale contratto, che scade nell'anno 2031, deve essere rivalutato nei suoi termini essenziali, al fine di migliorare le condizioni di erogazione dei servizi esternalizzati nell'ambito del complesso ospedaliero di Vaio.

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.1.1</b>	<b>PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI</b>				 <b>38%</b>		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Si dovrà contribuire in modo sostanziale all'esecuzione della Programmazione Regionale per l'acquisizione di Beni e Servizi (da svolgere tramite Intercent-ER ed AVEN), e si dovrà elaborare una apposita programmazione annuale per le procedure residuali, da svolgere a livello aziendale, tenendo comunque conto del "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", approvato con Delibera n. 813 del 04/12/2015 in ambito AVEN e delle nuove disposizioni contenute nella Legge di stabilità per l'anno 2016, approvata dal Governo nel Consiglio dei Ministri del 15/10/2015 e convertita nella LEGGE 28/12/2015, n. 208 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (pubblicata sulla GU n. 302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70). La programmazione aziendale dovrà prevedere specifiche tempistiche per quanto riguarda le seguenti fasi: elaborazione dei documenti progettuali; adozione degli atti di indizione delle gare; aggiudicazione/ affidamento diretto degli appalti; sottoscrizione dei contratti.</p>			<p>L'esecuzione del Programma Regionale per l'acquisizione di beni e servizi procede regolarmente, con riferimento alle competenze specifiche della nostra Azienda. Nel corso dei primi mesi del 2° semestre verrà effettuata la mappatura completa delle procedure di affidamento dei nuovi contratti: la stessa verrà inviata ad Intercent-ER tramite AVEN. A seguito dell'analisi da parte di Intercent-ER, si potrà approvare la programmazione delle procedure di competenza esclusiva della nostra Azienda. L'approvazione della programmazione annuale Aziendale, tenuto conto delle disposizioni date successivamente da Intercent-ER, come prima indicato, è stata posticipata al 2° semestre (è stata comunque approvata la programmazione annuale per quanto riguarda l'hardware ed il software).</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
N. procedure effettuate/N. procedure programmate			Registro delibere, Registro determine, Repertorio contratti	% >=	40,00%	80,00%	30,00%	75,00%
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi			Registro delibere aziendali	Sì/No	Sì	Sì	No	0,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.1.2</b>	<b>Razionalizzazione delle dotazioni strumentali</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Nel corso del 2016 dovranno essere adottate aziendali tutte le misure necessarie per dare completa attuazione alla programmazione triennale (non saranno oggetto di valutazione gli obiettivi per i quali era richiesto l'intervento da parte di terzi e questo non si è verificato per elementi estranei ai Servizi dell'Azienda USL oppure per i quali si sono registrati impedimenti per eventi straordinari imprevisti).</p>			<p>L'attuazione del Piano triennale di razionalizzazione delle dotazioni strumentali prosegue regolarmente, relativamente alle operazioni di competenza. Il sistema di gestione informatico degli automezzi, in accordo con le altre Aziende aderenti ad AVEN, è stato scorporato a livello contrattuale dal contratto assicurativo RC Auto, anche se le specifiche tecniche sono comunque garantite.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale				
<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>Perf. inter</b>
Predisposizione della Rendicontazione per la verifica dell'attuazione del Piano Triennale 2014 – 2016			Atti Servizio Logistica e Gestione e Monitoraggio dei servizi esternalizzati	Sì/No	No	Sì	No	100,00%

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.1.3</b>	<b>Dematerializzazione del processo di acquisto di beni e servizi</b>					 60%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Nel corso del 2016 dovranno essere adottate dai Servizi competenti in materia tutte le misure necessarie per diminuire il numero delle fatture concernenti l'acquisizione di beni e servizi, al fine di razionalizzare i rapporti con i fornitori, diminuendo i dati quantitativi in merito alle fatture da gestire, con benefici in termini di ore di lavoro.			Sono regolarmente in corso di adozione le misure per l'attuazione del progetto.					
<b>Obiettivi Performance</b>	B5	Dematerializzazione ordini beni sanitari e servizi	<b>Riferimento Normativo</b>	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale				
<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>Perf. inter</b>
Diminuzione rispetto al 2015 del numero delle fatture concernenti l'acquisizione di beni e servizi:  (N. fatture passive 2015 - N. fatture passive 2016)/N. fatture passive 2015			Registro fatture passive	% >=	5,00%	10,00%	3,00%	60,00%

Dimensione Performance		3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi						
Obiettivo		7.9.1.4	Razionalizzazione gestione servizi non sanitari nel complesso ospedaliero di Vaio					 100%				
Descrizione				Rendicontazione								
<p>In considerazione della rilevanza in termini quantitativi dei locali occupati dall'Azienda USL di Parma con riferimento al Sistema di Accoglienza, si ritiene opportuno valutare se sussistono le condizioni giuridiche ed economiche per prevedere la risoluzione completa del contratto, con anticipazione nel subentro della proprietà dei locali, o la risoluzione parziale dello stesso con riferimento alle gestioni dei servizi a supporto dell'attività sanitaria. Le valutazioni dovranno comunque tenere conto delle esigenze complessive in termini di spazio, in ragione della necessità di ampliare alcune attività sanitarie garantite nell'ambito del complesso stesso (in particolare ampliamento del punto di distribuzione farmaci, palesemente inadeguato; nuovi spazi ad uso della NPI).</p>				<p>E' stato raggiunto l'accordo in merito alla risoluzione parziale del contratto relativamente alla gestione dei servizi nel Centro di Accoglienza di Vaio da parte dell'Appaltatore. L'atto verrà stipulato nel corso del 2° semestre. Tale atto permetterà una razionalizzazione complessiva nell'erogazione delle prestazioni, con benefici sia di tipo economico che funzionali.</p>								
Obiettivi Performance		A2	Riorganizzazione del P.O. Aziendale		Riferimento Normativo		Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punti 2.1 e 2.4 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter			
Elaborazione di stima economica e redazione di relazione				Atti Servizio Logistica e Gestione e Monitoraggio dei servizi esternalizzati	Si/No	No	Si	No	100,00%			

Settore	7.9.2 <b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Con la pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 dicembre 2015 è diventata operativa a tutti gli effetti la normativa sui Soggetti Aggregatori, introdotta dal Decreto Legge n. 66/2014 e s.m.i. E' quindi diventato obbligatorio per le aziende sanitarie approvvigionarsi dai Soggetti Aggregatori per le categorie di beni e servizi previste dal sopracitato DPCM. In particolare, il DPCM individua 19 categorie merceologiche, che comprendono i principali beni acquistati in ambito sanitario. Inoltre la legge di stabilità per il 2016 ha previsto rilevanti novità per gli approvvigionamenti di beni e servizi ICT. In particolare: l'obbligatorietà per tutte le pubbliche amministrazioni di acquisire beni e servizi ricorrendo alle iniziative dei Soggetti Aggregatori, laddove presenti; la definizione da parte dell'Agenzia per l'Italia Digitale del Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione, in cui sono riportate le principali acquisizioni di beni e servizi in ambito ICT; la riduzione entro il 2018 del 50% delle spese in ambito ICT che non vengono effettuate tramite i soggetti aggregatori.</p> <p>Tali norme comporteranno certamente un aumento dell'attività dei Soggetti Aggregatori nel settore dell'ICT. Diviene quindi sempre più centrale il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale e, quindi, risulta necessario rafforzare il livello di integrazione fra l'Agenzia, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie. Altrettanto importante sarà nel 2016 implementare la collaborazione fra Aziende Sanitarie e Intercent-ER per completare il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti... (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, pag 34)</p>	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.1</b>	<b>Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi - Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>La D.G.R. 1501/2015 “Approvazione dello schema di convenzione per l’assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti” – prevede la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle Aziende Sanitarie nelle attività di centralizzazione degli acquisti gestite a livello regionale da Intercent-ER. L’approccio perseguito è orientato a valorizzare il capitale umano già disponibile presso le Aziende Sanitarie e a generare valore per l’intero sistema regionale degli acquisti attraverso la condivisione di specificità e competenze. Tale modello organizzativo è stato attivato in forma sperimentale nel 2016 e dovrà essere integrato e perfezionato anche alla luce del recepimento delle nuove direttive europee sugli acquisti e del conseguente riordino della disciplina nazionale vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Nel 2016 si procederà quindi al consolidamento e all’evoluzione del modello, con l’obiettivo di operare una piena centralizzazione delle procedure per l’affidamento di servizi e l’acquisizione di beni necessari alle aziende del SSR.</p>			<p>Nel primo semestre la sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercent-ER è avvenuta regolarmente, tenuto conto della programmazione effettuata dall’Agenzia Regionale stessa (aggiornamento Masterplan approvato con Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna n. 8878 del 06/06/2016). La nostra Azienda ha partecipato ai lavori presenti nella programmazione: in particolare si segnala la presenza ai gruppi di lavoro per la predisposizione dei documenti di gara relativi agli appalti per i servizi di pulizia (conclusi nello scorso mese di marzo), ristorazione e lavanolo (entrambi ancora in corso).</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>Perf. inter</b>
Approvazione schema di convenzione per la riorganizzazione degli acquisti			Documento agli atti	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse	
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.2</b>	<b>Dematerializzazione del processo di ciclo passivo</b>				
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>			
<p>Nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto. In ottemperanza alla Delibera di Giunta n. 287/2015, con apposita circolare della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stata già comunicata alle Aziende Sanitarie la clausola da inserire nelle procedure di gara al fine di rendere obbligatorio l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto elettronici. A partire dal 30 giugno p.v. le Aziende dovranno, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; le Aziende sono, pertanto, chiamate ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, i propri sistemi, processi e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.</p>			<p>Con nota prot. n. 35713 del 3.05.2016, indirizzata a tutti i fornitori dell'Azienda USL, avente ad oggetto "Utilizzo del Sistema regionale per la dematerializzazione del Ciclo Passivo degli Acquisti - Adozione del formato elettronico per i document del ciclo Acquisti, ordini e documenti di trasporto a partire dal 30 giugno 2016 e disposizioni fatture elettroniche relative a dispositivi medici ai sensi della circolare ministeriale." e con successive comunicazioni trasmesse tramite fax unitamente agli ordinativi di spesa, sono state date indicazioni riguardanti le modalità e le procedure per la dematerializzazione della documentazione del ciclo passivo degli acquisti, fatture, ordini, documenti di trasporto. Adeguata informazione e pubblicità è stata inserita sul sito web aziendale. Il progetto di dematerializzazione del processo di ciclo passivo degli acquisti è stato eseguito regolarmente: entro il 30 giugno 2016 sono stati emessi i primi ordini con le nuove modalità. Dopo i primi giorni di avvio sono stati emessi n. 36 ordini e sono stati ricevuti n. 27 DDT con le nuove modalità (in particolare dal Servizio Acquisizione Beni e Servizi). Entro la fine dell'anno la procedura verrà regolarmente utilizzata anche dagli altri Servizi del Dipartimento.</p>			
<b>Obiettivi Performance</b>	B5	Dematerializzazione ordini beni sanitari e 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>
Inserimento clausola nelle procedure di gara per il documento di trasporto elettronico		Documento agli atti	Sì/No		Sì	
						<b>Perf. inter</b>

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.9.2.3</b>	<b>Sviluppo dell'e-procurement</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'Agenzia Intercent-ER ha completato l'implementazione della nuova piattaforma di e-procurement; oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, il sistema consente anche la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria. Inoltre le nuove Direttive europee in materia di appalti, recepite in Italia con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti), promuovono la progressiva informatizzazione delle procedure di acquisto. In particolare il DLgs 50/2016 prevede l'obbligatorietà a partire dal 18 ottobre 2018 per tutte le pubbliche amministrazioni di utilizzare piattaforme di e-procurement per l'espletamento delle procedure di gara.</p> <p>...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, pag 36)si prevede che ciascuna Azienda Sanitaria effettui entro la fine dell'anno almeno una procedura digara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale.</p>			<p>Sul nuovo portale Intercent-ER sono state espletate procedure di e-procurement sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale.</p> <p>Per le procedure di gara a rilevanza comunitaria, la piattaforma verrà utilizzata nel corso del 2° semestre dell'anno in corso, stante la necessità di scegliere la procedura più idonea per l'espletamento della gara.</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	<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>Perf. inter</b>
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) rispetto al TOT acquisti di beni e servizi			Documento agli atti	% >=		78,00%		
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER(in relazione a importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie)			specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		
Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di eprocurement regionale			Documento agli atti	Si/No		Si		
Implementazione dell'Ordine Elettronico			Documento agli atti	Si/No		Si		

<b>Sub-Area</b>	<b>7.10</b>	<b><u>Il Piano degli Investimenti</u></b>	 100%
-----------------	-------------	---	---

<b>Settore</b>	<b>7.10.1</b>	<b><u>Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u></b>	 100%
----------------	---------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Piano Triennale degli Investimenti 2016 – 2018: il Piano assicura continuità alla programmazione del precedente triennio e comprende sia interventi puntuali (quali il completamento del nuovo Polo Pediatrico Territoriale, l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, l'ampliamento del Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale presso la Fattoria di Vigheffio e la realizzazione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro), sia interventi di adeguamento alle normative in materia di sicurezza antincendio e di vulnerabilità sismica degli edifici soggetti alle normative medesime, che interventi più generali di riqualificazione interna delle strutture territoriali ed ospedaliere, da realizzarsi in relazione alle condizioni delle singole strutture ed in risposta ai bisogni ed alle necessità espresse dalle attività sanitarie che le utilizzano. Rispetto al precedente triennio, sono previsti nuovi interventi dedicati alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo Taro ed al consolidamento statico e miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro, che beneficiano di finanziamenti ex art.20 legge 67/88 nell'ambito dell'Addendum alla IV Fase del Programma Straordinario Investimenti in Sanità. Nell'ambito del 1° e 2° stralcio del medesimo Programma Straordinario, beneficiano di finanziamenti ex art.20 L.67/88 anche il Polo Pediatrico Territoriale e l'ampliamento dell'Ospedale di Vaio, mentre le Case della Salute Lubiana – San Lazzaro e la nuova struttura di Vigheffio beneficiano invece di finanziamenti nell'ambito del Programma Regionale Investimenti in Sanità.

Piano delle Attrezzature: il Piano delle Attrezzature 2016 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali. La programmazione del nuovo triennio comprende un nuovo intervento dedicato all'acquisto delle nuove postazioni di monitoraggio e anestesia per l'Ospedale di Vaio, interamente finanziato con fondi regionali.

Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.1</b>	<b>Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute</b>				 100%		
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione interventi previsti dal Piano Aziendale per la realizzazione delle Case della Salute, in raccordo con le esigenze e le attività delle strutture aziendali – L'avvio di tali attività è previsto e programmato compatibilmente al raggiungimenti di specifici accordi con le Amministrazioni Comunali di riferimento e con i Medici di Medicina Generale: 1. Borgo Val di Taro – completamento Progettazione preliminare 2. Fornovo Taro – Progettazione preliminare, definitiva ed avvio procedure di gara 3. Noceto – Completamento Progettazione definitiva e avvio procedure di gara 4. Sorbolo – Mezzani – Completamento Studio di fattibilità 5. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progettazione ed avvio procedure di gara 6. Salsomaggiore Terme – completamento Studio di fattibilità 7. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione e avvio procedure di gara 8. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Progettazione preliminare			1. Borgo Val di Taro – completamento Progettazione preliminare 2. Fornovo Taro – Progettazione preliminare, definitiva ed avvio procedure di gara 3. Noceto – Completamento Progettazione definitiva e avvio procedure di gara 4. Sorbolo – Mezzani – Completamento Studio di fattibilità 5. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progettazione ed avvio procedure di gara 6. Salsomaggiore Terme – completamento Studio di fattibilità 7. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione e avvio procedure di gara 8. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Progettazione preliminare					
<b>Obiettivi Performance</b>	A5	Completamento del Piano di Attivazione delle CdS ed adeguamento agli indirizzi regionali che definiscono l'assetto organizzativo	<b>Riferimento Normativo</b>	DGR 291/2010				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	2,00	6,00	5,00	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.2</b>	<b>Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Avvio delle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate nel corso del 2013 per i seguenti edifici: 1. CdS di San Secondo - corpo A (degenze) 2. CdS di San Secondo - corpo B (Servizi Territoriali) 3. Ospedale di Borgotaro – Corpo 5 4. Ospedale di Borgotaro – Corpo storico e corpi 4A e 4B			Avvio delle procedure di affidamento degli incarichi di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche effettuate nel corso del 2013 per i seguenti edifici (rispetto alla previsione è stata data la precedenza alle progettazioni di Ospedale di Borgotaro - corpo 3 e Residenza Psic. 1° Maggio - Colorno in quanto il primo per completare l'intervento a seguito del consolidamento ai carichi verticali, il secondo per sfruttare i già previsti lavori di manutenzione straordinaria al fabbricato): 1. CdS di San Secondo - corpo B (Servizi Territoriali) 2. Ospedale di Borgotaro - Corpo Storico 3. Ospedale di Borgotaro – Corpo 3 4. Residenza Psichiatrica 1° Maggio - Colorno					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20.03.2003				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Atti di affidamento degli incarichi di progettazione	Numero =	1,00	4,00	4,00	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.3</b>	<b>Ampliamento Ospedale di Vaio</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Proseguimento dei lavori di realizzazione dell'ampliamento all'Ospedale di Vaio e degli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso.			I lavori proseguono con regolarità e sono in fase di avanzata esecuzione le opere di ristrutturazione del Pronto Soccorso. Alla data del 30 giugno 2016 sono stati contabilizzati lavori per complessivi Euro 426 982,14 (al netto del ribasso contrattuale ed IVA esclusa)					
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Verbalì e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Euro >=	250.000,00	1.250.000,00	426.982,14	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.4</b>	<b>Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali</b>						 100%
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Progettazione interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015: 1. Casa della Salute di Langhirano 2. Casa della Salute Pintor Molinetto 3. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR)			Progettazione interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015: 1. Casa della Salute di Langhirano 2. Casa della Salute Pintor Molinetto 3. Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Vasari (PR)					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	DM 19/03/2015				
<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F	Numero =	1,00	3,00	3,00	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.1.5</b>	<b>Piano Investimenti - acquisizioni immobili e attrezzature</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi che prevedono l'acquisizione di apparecchiature biomedicali</li> <li>- Interventi che prevedono l'acquisizione di immobili</li> </ul> <p>L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)</p>			<p>Alla data del 30 giugno 2016, l'attività svolta in riferimento alla programmazione delle acquisizioni di immobili e attrezzature può essere riepilogata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acquisizione di apparecchiature biomedicali:</li> <li>- acquisizione di immobili: sono stati completati gli atti necessari ad acquisire la proprietà della Casa della Salute Montanara - Vigatto di Via Carmignani e dell'area di Via XXIV Maggio . Il rogito è fissato al 26 luglio 2016.</li> </ul>					
<b>Obiettivi Performance</b>			<b>Riferimento Normativo</b>	D.Lgs 163/2006				
<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>Perf. inter</b>
Progettazione: evidenza documentale			Elaborati progettuali	% >=	30,00%	80,00%	30,00%	100,00%
Acquisizione immobili e apparecchiature biomedicali: evidenza documentale			Atti di acquisizione	Si/No =		Si	Si	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - progettazione				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi in corso di progettazione.</li> </ul> <p>L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)</p>			<p>Alla data del 30 giugno 2016, l'attività svolta in riferimento alla progettazione dei nuovi interventi può essere riepilogata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CdS Lubiana – San Lazzaro (PR) – Progetto Esecutivo</li> <li>- Ospedale di Borgotaro – corpo storico – Progetto Preliminare CdS e Progetto Esecutivo miglioramento sismico</li> <li>- CdS di Fornovo – Progetto Preliminare</li> </ul>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare			Elaborati progettuali in atti al SAT	% >=	30,00%	80,00%	30,00%	100,00%

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.7	Piano Investimenti - realizzazione				 100%		
Descrizione			Rendicontazione					
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2016 dal Piano Triennale 2016/2018 (adottato con atto deliberativo n°734 del 02/11/2015 ed al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio) comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi da realizzare (con progettazione approvata)</li> <li>- interventi in corso di realizzazione</li> </ul> <p>L'avanzamento previsto per ciascun intervento potrà dipendere da particolari condizioni di realizzazione (lavori da eseguire con attività sanitarie/ospedaliere in corso, disponibilità degli immobili quando non di proprietà aziendale, iter di valutazione da parte di Enti esterni preposti al controllo ed all'autorizzazione, ecc..)</p>			<p>Alla data del 30 giugno 2016, l'attività svolta in riferimento alla realizzazione di interventi in corso o con progettazione approvata ha consentito di contabilizzare opere per complessivi Euro 2.387.134 (IVA esclusa)</p>					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza documentale			Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	1.750.000,00	3.850.000,00	2.387.134,00	100,00%

<b>Settore</b>	<b>7.10.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo. Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico egiuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. ... (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.6. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche, pag 43)</p>		

<b>Dimensione Performance</b>	<b>3.3</b>	<b>Dimensione della Sostenibilità</b>	<b>Area Performance</b>	<b>3.3.1</b>	<b>Area della Autonomia Economico-Finanziaria</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.1</b>	<b>Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L.67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono avviare la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).</p>			<p>Durante il primo semestre del 2016 si è provveduto ad affidare la progettazione strutturale dei miglioramenti sismici da eseguirsi presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ospedale di Borgotaro - Corpo Storico;</li> <li>- Residenza Psichiatrica 1° Maggio di Colorno;</li> <li>- Polo Pediatrico Territoriale – Corpo scale esterno;</li> <li>- Ex Ospedale "Ugolino da Neviano" – rifacimento di una porzione di solaio</li> </ul>					
<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>Perf. inter</b>
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura			Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	% =		100,00%	90,00%	

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.2</b>	<b>Piano investimenti - Richieste di liquidazione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.			Sono in corso di predisposizione le richieste di liquidazione degli interventi compresi nei programmi di investimento per il periodo 2003 - 2011 con particolare riferimento alla nuova Elisuperficie dell'Ospedale di Borgo Val di Taro ed agli interventi realizzati nell'ambito della prima fase del programma Odontoiatria					
<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>Perf. inter</b>
Richieste di liquidazione relativamente ai totale dei lavori già terminati			Verbalì e atti contabili	% >=		75,00%		

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.3</b>	<b>Gestione del Patrimonio immobiliare - Presentazione SCIA</b>						
<b>Descrizione</b>	<p>Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale precipuamente relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono: - la programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);</p> <p>- il completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie.</p>		<b>Rendicontazione</b>					
			<p>Sono state fornite ai Servizi regionali competenti le informazioni necessarie per la costituzione dei fondi per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali da questa Azienda.</p> <p>Si è provveduto alla presentazione della SCIA al competente Comando Prov.le VVF per le strutture sanitarie ambulatoriali con superficie fino a 500 mq e alla presentazione di nuovi esame progetto per le strutture sanitarie ambulatoriali con superfici superiori a 500 mq in forza delle nuove disposizioni legislative</p> <p>In ordine alle verifiche per la vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali si è dato inizio a dette verifiche.</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>Perf. inter</b>
Presentazione SCIA al competente Comando VVF attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015).			Atti Direzione Aziendale	Si/No		Si	Si	
Report per la valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi			Report	Si/No		Si	No	

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.4</b>	<b>Manutenzione</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Inoltre le Aziende dovranno fornire le informazioni per il perseguimento degli obiettivi previsti nel progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN";			Il costo della manutenzione ordinaria sostenuto risulta inferiore al alla media regionale. Lo stesso ha subito un lieve aumento rispetto all'anno precedente per effetto dell'esecuzione di alcune "manutenzioni cicliche" a cadenza pluriennale su diversi fabbricati aziendali.					
<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>Perf. inter</b>
Scostamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) rispetto alla media regionale			Verbali e atti contabili	% <=		10,00%		

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.5 Tecnologie biomediche</b>							
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo, relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano tecnologie biomediche e software medicaldevice (inclusi quelli utilizzati ai fini di ricerca) aventi i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "grandi" apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, ... ) oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014;</li> <li>- di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea);</li> <li>- innovative (non presenti sul territorio nazionale e regionale);</li> </ul> <p>Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.</p>			<p>E' stato garantito il flusso informativo relativo al parco tecnologico installato ed alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione al GTRB.</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>Perf. inter</b>
% delle tecnologie, aventi i requisiti in elenco che dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB			specifico flusso di riferimento	%		100,00%	80,00%	
Trasmissione dei format per il monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici debitamente compilati entro scadenze prestabilite			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	
trasmissione secondo scadenza prestabilita del flusso informativo parco tecnologico installato			Documenti RIT	Sì/No		Sì	Sì	

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.10.2.6</b>	<b>Uso razionale dell'energia e gestione ambientale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
<p>Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.</p>			<p>Gli interventi previsti riguardano:            - Ospedale di Vaio: ampliamento impianto fotovoltaico, realizzazione impianto di trigenerazione;            - Ospedale di San Secondo: impianto fotovoltaico una volta realizzata la nuova copertura            Si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali.            Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa</p>					
<b>Obiettivi Performance</b>	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	<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>Perf. inter</b>
Predisposizione schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia			REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì		
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile			REPORT in atti al Servizio attività	Sì/No		Sì		

<b>Sub-Area</b>	<b>7.11</b>	<b><u>Azioni per il risparmio energetico</u></b>	 <b>75%</b>
-----------------	-------------	--	---

<b>Settore</b>	<b>7.11.1</b>	<b><u>Quadro generale</u></b>	 <b>75%</b>
----------------	---------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2016 l'Azienda intende confermare azioni già avviate negli anni precedenti e attivare nuove iniziative, quali la realizzazione di un impianto di trigenerazione e l'installazione di pannelli fotovoltaici, entrambi a servizio del Complesso Ospedaliero di Vaio.

Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2016, si darà prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO<sub>2</sub>), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si proseguirà nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso degli anni precedenti su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, sarà sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006)

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente			
Obiettivo	7.11.1.1	Realizzazione interventi Langhirano						 0%
Descrizione			Rendicontazione					
Completamento degli interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso la Casa della Salute di Langhirano (IMPIANTO FOTOVOLTAICO)			L'impianto è stato installato e completato. La sua concreta attivazione avverrà nell'autunno, in quanto è necessario procedere alla preventiva sostituzione di un interruttore di media tensione nella cabina di trasformazione a servizio della struttura, che attualmente non ne consente la corretta regolazione.					
Obiettivi Performance	L3	Consolidamento Politiche per l'efficientamento della gestione energetica aziendale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Evidenza documentale			Certificato Regolare esecuzione in atti alla Direzione Aziendale	Si/No =	No	Si	Si	0,00%

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente			
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro						 100%
Descrizione			Rendicontazione					
Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: avvio delle procedure di affidamento degli interventi relativi alla riduzione dei consumi e avvio della progettazione relativa ad interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia			Avvio della progettazione preliminare per la realizzazione di un impianto fotovoltaico da posizionarsi sulla copertura del corpo 5 dell'Ospedale di Borgotaro					
Obiettivi Performance	L3	Consolidamento Politiche per l'efficientamento della gestione energetica aziendale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter
Procedure di affidamento: Evidenza documentale			Atti di affidamento	Si/No =	No	Si	No	100,00%
Progettazione: Evidenza documentale			Elaborati progettuali	Si/No =	No	Si	No	100,00%

Dimensione Performance		3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente					
Obiettivo		7.11.1.3	Realizzazione interventi in Gestione Calore								 100%
Descrizione				Rendicontazione							
Interventi finalizzati al risparmio energetico e previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore - Sostituzione dei serramenti esterni con nuovi elementi con trasmittanza termica conforme a quanto previsto dalle vigenti norme in materia di risparmio energetico presso Il Centro Santi e la Casa della Salute di San Secondo P.se				I lavori sono attualmente in corso, programmati in accordo con le esigenze sanitarie delle strutture interessate							
Obiettivi Performance		L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	Riferimento Normativo							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Perf. inter		
Evidenza documentale				Certificato di regolare esecuzione	Si/No =	No	Si	No	100,00%		

Dimensione Performance	3.6	Dimensione della Ricerca	Area Performance	3.6.2	Area delle Sinergie Azienda Ambiente			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.1.4</b>	<b>Iniziative di formazione</b>					 100%	
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Iniziativa formativa su "Sviluppo sostenibile e cambiamenti climatici" per gli operatori Ausl, su indicazione e promozione della Regione: avvio di una campagna di sensibilizzazione e formazione del personale dipendente a comportamenti virtuosi in materia di risparmio energetico, attraverso diffusione di materiale informativo, applicazione di vetrofanie sulle finestre dei locali climatizzati, corsi di formazione.			A seguito di valutazioni effettuate di concerto con il Servizio Formazione dell'Azienda, ed in considerazione sia del numero di dipendenti da raggiungere, sia della disomogeneità dei turni di lavoro, è in fase di elaborazione una modalità divulgativa alternativa alla formazione in aula, che consenta di sensibilizzare tutto il personale verso le problematiche correlate al risparmio energetico, alla corretta gestione dei rifiuti, al rispetto per l'ambiente e che assicuri l'interazione con le campagne aziendali sull'utilizzo delle scale al posto degli ascensori					
<b>Obiettivi Performance</b>	L4	Usa razionale energia e corretta gestione ambientale	<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>Perf. inter</b>
Evidenza documentale			Avvenuto espletamento della formazione	Si/No =	No	Si	No	100,00%

<b>Settore</b>	<b>7.11.2</b>	<b>DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare</b>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Uso razionale dell'energia e gestione ambientale Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.6. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche, pag 44)</p>		

Dimensione Performance	3.6	<b>Dimensione della Ricerca</b>	Area Performance	3.6.2	<b>Area delle Sinergie Azienda Ambiente</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>7.11.2.1</b>	<b>Uso razionale dell'energia e gestione ambientale</b>						
<b>Descrizione</b>			<b>Rendicontazione</b>					
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.			L'Energia Elettrica è stata acquistata tramite la centrale di committenza Intercent-Er; si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali. Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa					
<b>Obiettivi Performance</b>	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	<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>Perf. inter</b>
Predisposizione schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia			REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile			REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	

## SOMMARIO

### 1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

#### 1.1 - Cure Primarie

1.1.1 - Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali – Le Case della Salute	1
1.1.2 - Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie	6
1.1.3 - Centralità della cura sulla persona: sviluppo dei percorsi di cura e assistenza a livello territoriale	8
1.1.4 - Cure Intermedie	12
1.1.5 - Le cure domiciliari	14
1.1.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	17

#### 1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	26
1.2.2 - Sportello Unico Distrettuale	32
1.2.3 - DGR 1003 DEL 28/06/2016 - Mantenimento dei tempi di attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	34

#### 1.3 - SALUTE DONNA

1.3.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	40
1.3.2 - Azioni di integrazione	45
1.3.3 - Spazio Giovani	53
1.3.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Territoriale	55

#### 1.4 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.4.1 - Quadro generale	58
1.4.2 - Area Psichiatria Adulti	65
1.4.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	68
1.4.4 - Area Dipendenze Patologiche	72
1.4.5 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute Mentale e Dipendenze patologiche	75

#### 1.5 - SANITA' PUBBLICA

1.5.1 - Quadro Generale e attività trasversali	82
1.5.2 - Igiene e Sanità Pubblica	84
1.5.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	87
1.5.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	89
1.5.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	91
1.5.6 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	94

## SOMMARIO

### 1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

#### 1.6 - GLI SCREENING

1.6.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	101
1.6.2 - Screening del tumore del collo uterino	102
1.6.3 - Screening del tumore della mammella	103
1.6.4 - Screening del tumore del colon retto	105

### 2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### 2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	107
2.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza Ospedaliera	109

#### 2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

2.2.1 - Obiettivi dei Dipartimenti nella nuova configurazione integrata	120
2.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - PERCORSO NASCITA	132

### 3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE

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

3.1.1 - Obiettivi generali	133
----------------------------	-----

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

3.2.1 - Obiettivi generali	136
----------------------------	-----

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

3.3.1 - Obiettivi- azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori	141
--	-----

#### 3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	147
---	-----

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

3.5.1 - Inquadramento generale	148
--------------------------------	-----

### 4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

#### 4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali	151
4.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Contrasto alla violenza e Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	162

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

#### 5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali	165
----------------------------	-----

## SOMMARIO

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

#### 5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.2 - DGR 1003 del 28-06-2016 - Cure Palliative 170

#### 5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale 172

#### 5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario 177

5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi 182

5.3.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - 118 e Centrali Operative 185

#### 5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Quadro generale 187

5.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 -Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici 198

#### 5.5 - Medicina riabilitativa

5.5.1 - Quadro generale 207

#### 5.6 - PATOLOGIE CRONICHE

5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare 214

5.6.2 - Nutrizione Artificiale 217

#### 5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.7.1 - Area Territoriale 220

5.7.2 - Area Ospedaliera 223

5.7.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Assistenza pediatrica 226

#### 5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

5.8.1 - Quadro generale 229

#### 5.9 - SANITA' PENITENZIARIA

5.9.1 - Quadro generale 233

5.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari 234

#### 5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.10.1 - Quadro Generale 236

### 6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

#### 6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.1 - Azioni di consolidamento 238

## SOMMARIO

### 6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

#### 6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sistema informativo regionale 240

#### 6.2 - Il Sistema Informatico Aziendale

6.2.1 - Obiettivi 2015 242

6.2.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 244

#### 6.3 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.3.1 - Accreditamento e Qualità 251

6.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Promozione di politiche di equità e partecipazione 255

#### 6.4 - GOVERNO CLINICO

6.4.1 - Quadro generale 261

6.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Sicurezza delle Cure - Sostegno alle attività di ricerca - Gestione dei sinistri 268

### 7 - IL SISTEMA AZIENDA

#### 7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale 277

7.1.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa 285

#### 7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta

7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse 292

#### 7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo 294

7.3.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il miglioramento del sistema informativo contabile 307

#### 7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici 309

7.4.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Formazione 316

#### 7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi 318

7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna 324

#### 7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni 326

7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale 332

7.6.3 - Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni 333

## SOMMARIO

### 7 - IL SISTEMA AZIENDA

#### 7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.4 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo delle risorse umane 337

#### 7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale 341

#### 7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale 345

7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria 350

7.8.3 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie 354

#### 7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2016 356

7.9.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi 361

#### 7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature 365

7.10.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche 372

#### 7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale 378

7.11.2 - DGR 1003 DEL 28-06-2016 - Gli investimenti e la gestione patrimonio immobiliare 383