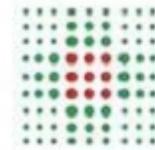


2019



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

PIANO DELLE AZIONI 2019

Direzione Generale



SOMMARIO

1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

1.1 - SANITA' PUBBLICA

1.1.1 - Quadro Generale e attività trasversali	1
1.1.2 - Igiene e Sanità Pubblica	4
1.1.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	7
1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	10
1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	12

1.2 - GLI SCREENING

1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	15
1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino	17
1.2.3 - Screening del tumore della mammella	18
1.2.4 - Screening del tumore del colon retto	20

2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.1 - Cure Primarie

2.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	22
2.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	25
2.1.3 - Cure Intermedie	32
2.1.4 - Le cure domiciliari	35

2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	38
2.2.2 - Assistenza Odontoiatrica	42

2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE

2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	43
--------------------------------------	----

2.4 - SALUTE DONNA

2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	47
2.4.2 - Spazio Giovani	52
2.4.3 - Spazio Giovani Adulti	55

SOMMARIO

2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	56
--	----

2.6 - Medicina riabilitativa

2.6.1 - Quadro generale	71
-------------------------	----

2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

2.7.1 - Quadro generale	77
-------------------------	----

2.8 - SANITA' PENITENZIARIA

2.8.1 - Quadro generale	80
-------------------------	----

3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	82
---	----

3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza	85
--	----

3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico	87
---	----

3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico	91
---	----

3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero	98
---	----

3.3 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria

3.3.1 - Obiettivi generali	100
----------------------------	-----

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

3.4.1 - Obiettivi generali	103
----------------------------	-----

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

3.5.1 - Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori	110
---	-----

3.6 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.6.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	116
---	-----

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

3.7.1 - Inquadramento generale	117
--------------------------------	-----

SOMMARIO

4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali	120
4.1.2 - Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari	129

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

5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali	131
----------------------------	-----

5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale	137
-------------------------	-----

5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	140
---	-----

5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Governo dell'Assistenza Farmaceutica	144
5.4.2 - Governo dei dispositivi medici	156

5.5 - PATOLOGIE CRONICHE

5.5.1 - Nutrizione Artificiale	159
--------------------------------	-----

5.6 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.6.1 - Area Territoriale	161
5.6.2 - Area Ospedaliera	166

5.7 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.7.1 - Quadro Generale	167
-------------------------	-----

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.1 - Obiettivi 2018	169
------------------------	-----

6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	176
--	-----

6.3 - Governo Clinico

6.3.1 - Quadro generale	182
-------------------------	-----

SOMMARIO

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.4 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale

6.4.1 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	190
---	-----

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale	194
-------------------------	-----

7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta

7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	205
---	-----

7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	206
--	-----

7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	215
--	-----

7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	219
--	-----

7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	224
---	-----

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	226
--	-----

7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	230
--	-----

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	234
--	-----

7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure	237
---	-----

7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività	240
--	-----

7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale	248
-------------------------	-----

7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	254
--	-----

7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2019	257
------------------------	-----

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	263
---	-----

7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale	271
--------------------------	-----

7.12 - Ingegneria Clinica

7.12.1 - Quadro generale	274
--------------------------	-----

Piano delle Azioni 2019			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.1 - SANITA' PUBBLICA	1.1.1 - Quadro Generale e attività trasversali	
		1.1.2 - Igiene e Sanità Pubblica	
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.1 - SANITA' PUBBLICA	1.1.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
		1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.1 - SANITA' PUBBLICA	1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	
		1.2 - GLI SCREENING	
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.2 - GLI SCREENING	1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	
		1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino	
1 - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	1.2 - GLI SCREENING	1.2.3 - Screening del tumore della mammella	
		1.2.4 - Screening del tumore del colon retto	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.1 - Cure Primarie	2.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	
		2.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.1 - Cure Primarie	2.1.3 - Cure Intermedie	
		2.1.4 - Le cure domiciliari	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	
		2.2.2 - Assistenza Odontoiatrica	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE	2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	
		2.4 - SALUTE DONNA	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.4 - SALUTE DONNA	2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	
		2.4.2 - Spazio Giovani	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.4 - SALUTE DONNA	2.4.3 - Spazio Giovani Adulti	
		2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	
		2.6 - Medicina riabilitativa	
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.6 - Medicina riabilitativa	2.6.1 - Quadro generale	

Piano delle Azioni 2019			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	<u>2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u>	<u>2.7.1 - Quadro generale</u>	
	<u>2.8 - SANITA' PENITENZIARIA</u>	<u>2.8.1 - Quadro generale</u>	
3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	<u>3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero</u>	<u>3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u>	
	<u>3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</u>	<u>3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza</u>	
		<u>3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico</u>	
		<u>3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico</u>	
		<u>3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero</u>	
	<u>3.3 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>	<u>3.3.1 - Obiettivi generali</u>	
	<u>3.4 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	<u>3.4.1 - Obiettivi generali</u>	
<u>3.5 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	<u>3.5.1 - Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>		
<u>3.6 - Monitoraggio della mobilità passiva</u>	<u>3.6.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u>		
<u>3.7 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</u>	<u>3.7.1 - Inquadramento generale</u>		
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	<u>4.1 - AREA TRASVERSALE</u>	<u>4.1.1 - Obiettivi generali</u>	
		<u>4.1.2 - Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari</u>	

Piano delle Azioni 2019			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	<u>5.1 - CURE PALLIATIVE</u>	5.1.1 - Obiettivi generali	
	<u>5.2 - DEMENZE</u>	5.2.1 - Quadro generale	
	<u>5.3 - EMERGENZA URGENZA-118</u>	5.3.1 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	
	5.4 - Politica del farmaco	5.4.1 - Governo dell'Assistenza Farmaceutica	
		5.4.2 - Governo dei dispositivi medici	
	5.5 - PATOLOGIE CRONICHE	5.5.1 - Nutrizione Artificiale	
	5.6 - Sviluppo reti cliniche pediatriche	5.6.1 - Area Territoriale	
5.6.2 - Area Ospedaliera			
5.7 - Psicologia Clinica e di Comunità	5.7.1 - Quadro Generale		
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	<u>6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione</u>	6.1.1 - Obiettivi 2018	
	<u>6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u>	6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	
	6.3 - Governo Clinico	6.3.1 - Quadro generale	
	6.4 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	6.4.1 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	
7 - IL SISTEMA AZIENDA	<u>7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u>	7.1.1 - Quadro generale	
	<u>7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta</u>	7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	
	<u>7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO</u>	7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	
	7.4 - LA FORMAZIONE	7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	

Piano delle Azioni 2019			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
<u>7 - IL SISTEMA AZIENDA</u>	<u>7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u>	<u>7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi</u> <u>7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</u>	
	<u>7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u>	<u>7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u> <u>7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale</u> <u>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</u>	
	<u>7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u>	<u>7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure</u> <u>7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività</u>	
	<u>7.8 - Sicurezza del lavoro</u>	<u>7.8.1 - Quadro generale</u> <u>7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria</u>	
	<u>7.9 - Politiche degli acquisti e logistica</u>	<u>7.9.1 - Obiettivi 2019</u>	
	<u>7.10 - Il Piano degli Investimenti</u>	<u>7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u>	
	<u>7.11 - Azioni per il risparmio energetico</u>	<u>7.11.1 - Quadro generale</u>	
	<u>7.12 - Ingegneria Clinica</u>	<u>7.12.1 - Quadro generale</u>	

Area	1	PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA
-------------	----------	--

Sub-Area piano delle azioni	1.1	<u>SANITA' PUBBLICA</u>
------------------------------------	------------	--------------------------------

Settore	1.1.1	<u>Quadro Generale e attività trasversali</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2019 sarà mantenuto il sistema di Accreditamento. Saranno attuati gli audit interni del DSP sui Servizi.
 PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 nonché gli obiettivi rimodulati previsti per l'anno 2019.

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

Obiettivo	1.1.1.1	Percorso di accreditamento
------------------	----------------	-----------------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Esecuzione degli audit interni del DSP

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 385/2011
------------------------------	-------	--	------------------------------	--------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Report di audit	Protocollo report	Sì/No	No	Sì

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

Obiettivo	1.1.1.2	Piano Regionale della Prevenzione
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Si procederà ad attuare i programmi di applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2019.

Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella") condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano.

Anche nel 2019 le aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.1.2	Piano Regionale della Prevenzione							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni previste per il 2019					Piani attività dei Servizi	Si/No	Si	Si	
% indicatori sentinella con valore conseguito >=80%					Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.3	Epidemiologia e sistemi informativi							
Descrizione				Rendicontazione					
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi del PRP. Tra le sorveglianze da mantenere e consolidare: Sistema di Sorveglianza dei stili di vita e il registro regionale di mortalità									
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Realizzazione di almeno il 95% delle interviste PASSI programmate					Specifico flusso di riferimento	% >=	45,00%	95,00%	
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2019 consuntivo 2018; ad ottobre 2019 completezza dati primo semestre 2019)					Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.4	Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-assistenziale							
Descrizione				Rendicontazione					
Assicurare quanto disposto con DGR 1943/2017 (requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie)									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.4	Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-assistenziale							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1943/2017 - DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/ anno)					Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	

Settore	1.1.2	Igiene e Sanità Pubblica
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.2.1	Pianificazione e Programmazione 2019					
Descrizione			Rendicontazione				
Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013; DGR 385/2011			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Elaborazione del Piano di attività 2019, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato				Protocollo piano di attività	Si/No	Si	
Produzione della relazione finale anno 2018				Protocollo relazione finale	Si/No	Si	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019				Protocollo Piano	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.2.2	Igiene del territorio e ambiente costruito					
Descrizione			Rendicontazione				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013; DGR 385/2011			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale				Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.2.3	Profilassi e malattie infettive							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste.									
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale.									
Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI.									
Rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel nuovo calendario vaccinale garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche.									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Circolari regioni specifiche - DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale				Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%		
Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionalec				Specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%		
Schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI				Specifico flusso di riferimento	% >=	95,00%	95,00%		
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni				Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni				Specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		
Definizione di un protocollo per il controllo della meningite				Protocollo procedura	Si/No	No	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.2.4	Medicina Legale							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	L. R 4/2008					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2019		% >=	45,00%	90,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.2.5	Promozione attività motoria e Medicina dello Sport							
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2019		% >=	45,00%	90,00%		

Settore	1.1.3	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.3.1	Pianificazione e Programmazione 2019					
Descrizione			Rendicontazione				
Definizione del Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente. Il PA deve contenere le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Elaborazione del Piano di attività 2019, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato				Protocollo piano di attività	Si/No	Si	
Produzione della relazione finale anno 2018				Protocollo relazione finale	Si/No	Si	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019				Protocollo piano	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.3.2	Sicurezza degli ambienti di lavoro			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste					
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro.					
Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/2018 - DGR 172/2015 - DGR 1945/2017	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	1.1.3.2	Sicurezza degli ambienti di lavoro				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	
					Valore atteso finale	
		Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%
		% aziende con dipendenti ispezionate >9%	Specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%
		Nr. cantieri rimozione amianto controllati/piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)	Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%
		N. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro rispetto al numero previsto dal PRP	Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	1.1.3.3	Igiene e Medicina del Lavoro				
Descrizione			Rendicontazione			
		Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste				
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015 Punto 1.5		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	
					Valore atteso finale	
		Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.3.4	Unità Operativa Impiantistica ed Antinfortunistica			
Descrizione			Rendicontazione		
		Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.3.4	Unità Operativa Impiantistica ed Antinfortunistica							
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale					Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	

Settore	1.1.4	SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 (così come elaborato nel Piano Regionale dei Controlli della Regione Emilia Romagna DGR 1500 del 10.10.2017) mediante la definizione del Piano di attività 2019 del Servizio SIAN, contenente le azioni di miglioramento e con la formulazione di un budget di Servizio, elaborazione della relazione finale di attività anno precedente.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	1.1.4.1	Pianificazione e Programmazione 2019						
Descrizione			Rendicontazione					
Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente coerente con parametri del PRI								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013 DGR 1500/2017				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Piano di attività 2019 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio coerente con parametri del PRI					Protocollo piano di attività	Sì/No	Sì	
Produzione della relazione finale anno 2018					Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì	
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019					Protocollo piano	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.4.2	Igiene degli Alimenti			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste					
Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari) mediante attuazione di controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013; DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	1.1.4.2	Igiene degli Alimenti				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%
% di campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.			sistema nazionale NSIS	% >=	50,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	1.1.4.3	Nutrizione				
Descrizione			Rendicontazione			
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%

Settore	1.1.5	Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 (così come elaborato nel Piano Regionale dei Controlli della Regione Emilia Romagna DGR 1500 del 10.10.2017) mediante la definizione del Piano di attività 2019 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C contenente le azioni di miglioramento e con la formulazione di un budget di Servizio, elaborazione della relazione finale di attività anno precedente.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.5.1	SERVIZIO A - Sanità Animale					
Descrizione			Rendicontazione				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste.							
Oltre ad attuare quanto previsto nel piano regionale integrato per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina e della brucellosi ovicaprina, si procederà con registrare i relativi dati dei controlli ufficiali eseguiti nel sistema nazionale SANAN.							
Si dovranno inoltre attuare, nelle aziende ovicaprine, le ispezioni per anagrafe ovicaprina registrandole sul portale nazionale VETINFO, applicativo "controlli".							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013 - DGR 919/2018			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale				Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%
% degli allevamenti controllati, per Brucellosi, sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno				Specifico flusso informativo	% >=	50,00%	100,00%
% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN				SANAN	% >=		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.2	SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale			
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.5.2	SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale				Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.1.5.3	SERVIZIO C - Igiene delle Produzioni Zootecniche					
Descrizione			Rendicontazione				
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale				Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.4	Piano Regionale Integrato			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.4	Piano Regionale Integrato							
<p>La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.</p> <p>Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella".</p> <p>Obiettivo è contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.</p>									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1500 - DGR 919/2018					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano				Specifici flussi di riferimento	% >=		100,00%		
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano >=80%				Specifici flussi di riferimento	% <=		80,00%		

Sub-Area piano delle azioni	1.2	<u>GLI SCREENING</u>
------------------------------------	------------	-----------------------------

Settore	1.2.1	<u>Quadro generale e obiettivi comuni</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.2.1.1	Partecipazione a iniziative e progetti valutativi			
Descrizione	Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale. Avvio del percorso di accreditamento istituzionale		Rendicontazione		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		
Indicatore	Evvidenza Attività		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
			PRP	Si/No	Valore atteso finale
					Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.2.1.2	Programmi di screening oncologici			
Descrizione	Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target (DGR 919/18 pag. 39 di 106)		Rendicontazione		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	1.2.1.2	Programmi di screening oncologici						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)					Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)					Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)					Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%

Settore	1.2.2	Screening del tumore del collo uterino				
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale				
Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per l'8° 'round' (1.1.2019 - 31.12.2021/2023, a seconda del braccio di appartenenza: Pap-test o HPVtest) salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale - Per quest'anno verranno regolarmente invitate ad HPVtest primario e citologia di "trriage" le donne comprese nella fascia di età 35-64 anni, secondo cronoprogramma regionale.						
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance 2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.2.2.1	Promozione adesione				
Descrizione		Rendicontazione				
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 34 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 35-64 anni, residenti e domiciliate assistite.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 217/2014		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Tasso di adesione			P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%

Settore	1.2.3	Screening del tumore della mammella
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		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>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.2.3.1	Implementazione data base individuale			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento tracciato record data base individuale					
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Evidenza tracciato			RIT	Si/No	Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.2.3.2	Progressione chiamate			
Descrizione			Rendicontazione		
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione rivolti alle donne di fascia di età 45 -49 anni (mammografia annuale) e 70 – 74 anni (biennale) domiciliate e residenti. Con l'assetto organizzativo attuale (ovvero con il personale medico e tecnico disponibile) appare difficile poter garantire gli standard previsti.					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 217/2014 DGR 172/2015	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Copertura del test			PRP	% >=	60,00%
Estensione effettiva inviti			PRP	% >=	95,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.2.3.3	Rischio ereditario familiare							
Descrizione			Rendicontazione						
Attuare il programma secondo le indicazioni regionali									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 172/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Compilazione scheda anamnestica ereditario familiare/Donne presentate				PRP	% >=		95,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.2.3.4	Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione al "Programma interaziendale Centro di Senologia" o Breast Unit									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 800/2015 DDG 841/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria				Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%		

Settore	1.2.4	Screening del tumore del colon retto
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Il programma ha un duplice obiettivo di salute:</p> <p>1) diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione di prevenzione che mira ad individuare lesioni pre-tumorali</p> <p>2) individuazione di lesioni tumorali nelle prime fasi di sviluppo (diagnosi precoce) tali da permettere di intervenire sulla malattia in maniera più limitata e conservativa, consentendo la risoluzione della stessa e aumentando la probabilità di guarigione completa.</p> <p>Al fine di migliorare l'adesione della popolazione sia al I° Livello che al II° Livello e favorire la partecipazione e il maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale verrà organizzato un Corso (ripetuto a livello distrettuale) rivolto ai professionisti coinvolti nel Programma di Screening dei tumori del colon retto nella provincia di Parma.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.2.4.1	Progressione chiamate					
Descrizione			Rendicontazione				
Consolidamento dei livelli di estensione ed adesione raggiunti: fascia di età 50/69 anni, sviluppando strategie atte migliorare l'adesione nell'intera provincia.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Estensione effettiva inviti Residenti				PRP	% >=		80,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	1.2.4.2	Equità di accesso					
Descrizione			Rendicontazione				
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianze (stranieri, detenuti etc.)							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Estensione effettiva inviti Domiciliati				PRP	% >=		70,00%
N° FOBT popolazione carceraria/lettere inviate				PRP	% >=		80,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.2.4.3	Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto e maggior coinvolgimento MMG							
Descrizione			Rendicontazione						
Corso ECM rivolto ai professionisti coinvolti nel Programma di Screening dei tumori del colon retto nella provincia di Parma. Il corso verrà ripetuto in ciascun Distretto per favorire la partecipazione e il maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale.									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N°. EDIZIONI					Relazione Resp. Programma	Numero >=		4,00	

Area	2	<u>ASSISTENZA DISTRETTUALE</u>
-------------	----------	---------------------------------------

Sub-Area piano delle azioni	2.1	<u>Cure Primarie</u>
------------------------------------	------------	-----------------------------

Settore	2.1.1	<u>Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie</u>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento del fabbisogno assistenziale derivante dall'incremento sia della popolazione anziana che della incidenza di patologie croniche.

Gli obiettivi del 2019 saranno indirizzati prioritariamente

- al sostegno del processo di accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie
- allo sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale
- alla diffusione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) tra i MMG
- alla applicazione dell'albo dei prescrittori nell'assistenza protesica

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

Obiettivo	2.1.1.1	Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Adeguamento ai requisiti specifici così come richiesto nel documento regionale DGR n. 221/2015. I requisiti fanno riferimento alla funzione di governo svolta dal Dipartimento e alle sue Articolazioni organizzative (Nuclei di Cure Primarie; Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità; Assistenza Specialistica Ambulatoriale Territoriale; Cure Domiciliari, Ospedali di Comunità). Monitoraggio delle attività svolte, delle performance dipartimentali e di quelle delle sue articolazioni organizzative, attraverso l'attività di verifica dei risultati conseguiti, così come indicato dal cruscotto degli indicatori.

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1943/17
------------------------------	--------------	--	------------------------------	-------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Audit interno SGQ	U.O. Qualità/Acc.	Si/No		Si
Pianificazione obiettivi strategici di progetto	U.O. Qualità/Acc.	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.1.1.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2019 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.									
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento					Atti DCP	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	2.1.1.3	Formazione sistema qualità							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale attraverso la realizzazione di un percorso formativo dedicato, finalizzato a creare nei dipartimenti figure di riferimento utili a migliorare i processi.									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza eventi formativi					Atti U.O. formazione	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.1.1.4	Assistenza protesica							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.1.1.4	Assistenza protesica							
Nel 2018 è stato formalizzato l'albo dei prescrittori inter-aziendale (Delibera n. 950 del 28/12/18), strumento necessario a perseguire l'appropriatezza prescrittiva, elemento qualificante per il miglioramento dei percorsi di assistenza protesica introdotto dal DPCM 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei LEA. Obiettivo del 2019 sarà la diffusione del documento, la sua applicazione e particolare attenzione dovrà essere posta alla formazione dei professionisti individuati.									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Applicazione del documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale			Atti Direzione Sanitaria		Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.1.1.5	Information Communication Technology (ICT)							
Descrizione			Rendicontazione						
Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE, con il pieno supporto della società Lepida ScpA, sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento. Supporto all'utilizzo della cartella SOLE attraverso interventi di formazione specifica condotti da un MMG esperto individuato in ogni Distretto.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE			specifico flusso di riferimento		% >=		51,30%		
N. MMG individuati per formazione SSI			Atti DCP		Numero >=		4,00		

Settore	2.1.2	Le Case della Salute e la medicina di iniziativa
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Le Case della Salute, 18 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 panorama regionale il percorso di sviluppo delle Case della Salute si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione di riferimento.</p> <p>Nel Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (DGR 1423/17) le Case della Salute rappresentano un obiettivo prioritario di sviluppo del sistema (scheda di intervento n.1) ponendosi come luogo ideale per la medicina di iniziativa, in un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento. 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, con il coinvolgimento dei servizi sociali e la partecipazione della comunità. Nel 2019 si procederà ad avviare le Case della Salute pianificate per il corrente anno, 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.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.1.2.1	Completamento della pianificazione Distrettuale	relativa alle Case della Salute				
Descrizione	<p>In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture programmate nella pianificazione distrettuale, con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.</p> <p>Nel 2019 è prevista l'attivazione delle seguenti Case della Salute (3 certe): Distretto di Parma: CdS Via Savani - CdS Via Verona (in previsione o fine 2019 o inizio 2020) Distretto di Fidenza: CdS Fidenza - CdS Noceto (avvio lavori) Distretto Sud-Est: CdS Lagrisalute Distretto Valli T-C: CdS Fornovo (avvio lavori)</p>		Rendicontazione				
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. CdS attivate/N. CdS programmate				Relazione Distretti	% >=		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	2.1.2.2	Sviluppo Casa della Salute per il bambino e l'adolescente				
Descrizione			Rendicontazione			
<p>Avvio di progettualità con il coinvolgimento della comunità e del terzo settore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIP: attivazione sportello per consulenza per attività fisica e sportiva - Realizzazione di INTERVENTI di Promozione della salute e prevenzione delle malattie nella Casa della Salute per il Bambino e Adolescente riguardanti: STILI DI VITA: Igiene del sonno, alimentazione (a partire dall'allattamento), le relazioni e la sessualità, l'utilizzo delle nuove tecnologie e dipendenze. SPORT E SALUTE: Il gioco, lo sport, la socialità. MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI: La prevenzione delle malattie infettive - Realizzare la massima integrazione tra i servizi presenti e implementare le connessioni tra le diverse interfacce (DCP, DAISM, DSP), anche attraverso la revisione dei percorsi/protocolli già operativi. 						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo			
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza apertura sportello CIP			Atti Distretto PR	Sì/No	Sì	Sì
Numero incontri			Atti Distretto PR	Numero >=	1,00	3,00
Numero protocolli			Atti Distretto di PR	Numero >=		2,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.2.3	Consolidamento indirizzi della DGR 2128/17			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale.</p> <p>Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità in attuazione al documento di indirizzo aziendale 					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.1.2.3	Consolidamento indirizzi della DGR 2128/17							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
		Nr. CdS con referente organizzativo/Nr CdS attive		Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		
		Nr. CdS hub con board gestionale -organizzativo/Nr CdS hub attive		Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		
		Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle CdS hub) rispetto all'anno 2017		Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		17,00		
		Evidenza incontri board gestionale-organizzativo		Verbali incontri	Sì/No	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.1.2.4	Promozione del modello Hub&Spoke nella rete delle Case della Salute							
Descrizione					Rendicontazione				
		Promuovere lo sviluppo delle Case della Salute a medio/alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alla Case della salute a bassa complessità (Spoke) coinvolgendo tutti i professionisti dei NCP di riferimento, al fine di garantire ad ogni cittadino della RER la possibilità di essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri delle Case della Salute. Sviluppo di progetti di telemedicina finalizzati a facilitare la presa in carico nei percorsi di cura attivati (Avvio sperimentale del Distretto VTC, CdS Varsi e Sud-Est, CdS Langhirano Hub per Lagrisalute Spoke).							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.1.2.4	Promozione del modello Hub&Spoke nella rete delle Case della Salute						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Popolazione assistita nelle Case della Salute			ARA; Gestionale cedolini MMG		% >=		30,80%	
Progetti di telemedicina attivati			Atti Direzione Sanitaria		Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.1.2.5	Presenza in carico Fragilità\Multimorbilità						
Descrizione			Rendicontazione					
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2018 trasmessi in Regione.			Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	
Evidenza PAI			Atti DCP		Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.1.2.6	Miglioramento del percorso di gestione integrata del diabete						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.1.2.6	Miglioramento del percorso di gestione integrata del diabete							
<p>In correlazione alla verifica dei risultati evinti a seguito dell'applicazione dei questionari ACIC e PACIC, strumenti applicati alla valutazione del percorso di gestione integrata del diabete, è stato strutturato un progetto di miglioramento il cui obiettivo consiste nel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rivedere il percorso di gestione integrata del diabete coinvolgendo professionisti, interni ed esterni all'Azienda, con le Associazioni, i pazienti diabeti, familiari/caregiver, al fine di effettuare una valutazione di equità • Incontri formativi per MMG e specialisti; <p>Il progetto prevede la realizzazione di una serie di fasi: 1) valutazione di impatto in termini di equità; 3) pianificazione eventi formativi; 4) analisi, discussione e condivisione dei dati evinti.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza progetto di miglioramento					Atti DCP	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.1.2.7	Gestione integrata delle patologie croniche							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Consolidamento dei percorsi integrati di assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito Scompenso Cardiaco, IRC.</p> <p>Particolare attenzione andrà posta al percorso di presa in carico integrata della BPCO nelle Case della Salute\NCP, con il coinvolgimento anche degli Pneumologi ospedalieri (Azienda USL/Azienda ospedaliera) con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale come, per esempio, gli ambulatori infermieristici, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare.</p>									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	2.1.2.7	Gestione integrata delle patologie croniche				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO			Profili NCP	% <=		0,80%
Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (num.pazienti eleggibili rispetto all'anno 2017)			Profili NCP	% >=		15,30%
N° prestazioni negli ambulatori infermieristici della cronicità			Atti SIT	Numero >=		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione	
Obiettivo	2.1.2.8	Valutazione della Performance				
Descrizione			Rendicontazione			
Realizzazione di una reportistica strutturata per le Case della Salute, come richiesto nel verbale di restituzione della visita di accreditamento dello scorso 11 e 12 dicembre, attraverso il consolidamento del "Cruscotto Multidimensionale" attualmente avviato sperimentalmente in 4 Case della Salute (San Secondo P.se, Colorno, Langhirano e Medesano).						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 2128/16		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza report aggiornati			Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.2.9	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.1.2.9	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute					
Programmazione e gestione di incontri informativi con la cittadinanza (almeno 3 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							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 2128/16; DGR 1423/17			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza Documentale				Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.1.2.10	Sistema informativo Case della Salute					
Descrizione			Rendicontazione				
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute				Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì

Settore	2.1.3	Cure Intermedie
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		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 si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari così detti di "cure intermedie" per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche, multimorbidità e fragilità. Le cure intermedie sono 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 2018 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 ed in un'ottica di rete sempre più integrata di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbidità e fragili con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting. Particolare attenzione andrà posta alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione dall'ambito ospedaliero.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.3.1	Ospedali di Comunità			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.</p> <p>Obiettivo del 2019 sarà incrementare la valutazione multidimensionale con la realizzazione del PAI prima dell'accesso in OSCO</p>					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco			Specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì
Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)			Banca dati SIRCO	Numero <=	20,00
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale			Specifico flusso di riferimento	% >=	90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.3.2	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se e revisione organizzativa			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento del funzionamento dei 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità dei 10 posti letto di Riabilitazione Estensiva in regime di week hospital e dei 10 posti letto di Lungoassistenza ed implementazione del flusso informativo SIRCO. Rivalutazione modello organizzativo.					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Evidenza implementazione Flusso SIRCO			SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì
Documento di riorganizzazione			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.3.3	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento del funzionamento dei 18 posti letto di lungo assistenza presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Evidenza implementazione Flusso SIRCO			SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.1.3.4	Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.1.3.4	Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie					
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); consolidamento nei distretti di Parma e Sud-Est ed attivazione di 5 posti letto c/o l'ASP di Fidenza							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza attività				Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì
Evidenza implementazione flusso SIRCO in tutti i contesti attivi				SISEPS	% >=		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni		
Obiettivo	2.1.3.5	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili					
Descrizione	Utilizzo dei posti letto di cure intermedie per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati, con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e demenza.			Rendicontazione			
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N° ricoveri pazienti con BPCO (2019>2018)				Flusso SIRCO	Numero >=		55,00
N°ricoveri pazienti con demenza (2019>2018)				Flusso SIRCO	Numero >=		65,00

Settore	2.1.4	Le cure domiciliari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>La programmazione 2017 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 2018, al fine di adeguare il debito informativo ex Circolare n.10 del 2016 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 consolidato l'utilizzo del nuovo applicativo ADI-WEB ed inizierà la sperimentazione presso il Distretto di Parma dell'utilizzo del tablet, quale dispositivo mobile di registrazione dell'attività domiciliare. Applicazione di quanto previsto ex circolare n. 10/2016 per quanto attiene alle nuove tipologia di TAD introdotta: cure palliative di base e cure palliative specialistiche. Verrà data applicazione ai protocolli, esiti dei gruppi di lavoro interaziendali sull'integrazione ospedale territorio, formalizzati nell'evento formativo/informativo del 15/12/17.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione	
Obiettivo	2.1.4.1	Continuità assistenziale - dimissioni protette				
Descrizione	<p>Per offrire percorsi di cura sempre più qualificati ed appropriati, è necessario continuare ad implementare i modelli organizzativi relativi alle dimissioni protette, quali il case manager del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, le centrali operative/PUA riferimento per le diverse tipologie di dimissioni complesse. In tale contesto assume rilievo la tempestiva segnalazione , entro le 72 ore dall'ammissione, ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessiteranno di dimissione protetta, e, pertanto, sarà obiettivo del 2019 la applicazione in tutte le articolazioni distrettuali del "documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette"</p>		Rendicontazione			
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Nr. presa in carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera			INSIDER	% >=		45,00%
Nr. Segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera.			rilevazione campionaria nell'ambito dei controlli sulle cartelle cliniche	% >=		45,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.1.4.2	Qualità Flusso ADI							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)									
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza incontri				Dip. Val. Controllo	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.1.4.3	Diffusione utilizzo tablet per alimentare l'applicativo ADI-WEB							
Descrizione			Rendicontazione						
Terminata la fase di sperimentazione dell'utilizzo dei dispositivi mobili (Tablet) nel Distretto di Parma, il progetto viene esteso a tutti i Distretti con la messa a disposizione dei nuovi tablet acquisiti grazie ad un finanziamento della Fondazione CARIPARMA. La formazione e la configurazione dei dispositivi in tutte le articolazioni, sarà a cura del servizio RIT e del SIT.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza attività				RIT	Si/No	Si	Si		
Evidenza eventi formativi				Atti DCP	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.1.4.4	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.1.4.4	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili						
Utilizzo dell'assistenza domiciliare per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati, con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e demenza								
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N° ADI BPCO (2019>2018)				Flusso SIADI	Numero >=		398,00	
N° ADI Demenza (2019>2018)				Flusso SIADI	Numero >=		1.070,00	

Sub-Area piano delle azioni	2.2	<u>ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	2.2.1	<u>Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione Emilia-Romagna ha investito nello sviluppo organizzativo delle cure primarie, definendo un modello organizzativo innovativo e sviluppando forme di associazionismo multi professionale (Nuclei di Cure Primarie) come strumento di integrazione professionale e operativa. In questo contesto si inserisce l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), siglato il 17 dicembre 2015, che segue logicamente l'approvazione della Legge 189/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016, ed istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP). La Regione ha quindi emanato l' "Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie)" (DGR 428/2017) che definisce dimensionamento, tipologia di professionisti partecipanti e modalità organizzative.

Gli obiettivi per il 2019 saranno indirizzati all' avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali e regionali (AIR).

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 2019 sono impostati in modo da perseguire i contenuti della 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 2019. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche. Azione di particolare rilevanza strategica sarà la realizzazione di uno studio di fattibilità per definire una struttura di governo della assistenza specialistica ambulatoriale, sia sul versante della domanda che dell'offerta, con funzioni organizzative e gestionali.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.2.1.1	Implementazione e sviluppo del modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale					
Descrizione			Rendicontazione				
Dare concreta attuazione alle indicazioni regionali per l'individuazione delle principali caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP della specialistica ambulatoriale, secondo gli indirizzi e la tempistica definita nell'emanando AIR.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR. 428/2017			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Definizione regolamento aziendale AFT e istituzione delle AFT				Relazione DD/DCP	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.2	Struttura gestionale organizzativa di governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale							
Descrizione			Rendicontazione						
Studio di fattibilità per la realizzazione di una struttura gestionale organizzativa dell'attività specialistica, a garanzia di una migliore accessibilità per il cittadino e di un più razionale uso delle risorse.									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
evidenza del documento			Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.3	Consolidamento azioni sull'appropriatezza prescrittiva							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo di tutti gli strumenti finalizzati al governo dell'appropriatezza prescrittiva rivolta a tutti gli attori del sistema pubblico e privato accreditato (motore semantico con i protocolli in essere, incontri di NCP, Profili di Nucleo, audit specifici)									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Numero incontri sul tema appropriatezza			Atti DCP	Numero >=	1,00	3,00			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.4	Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.4	Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione							
Nel corso del 2016 e 2017 si è proceduto ad inserire tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB, nel corrente anno sarà necessario, anche per le prestazioni la cui prenotabilità non è garantita da cup web, aumentare il numero di informazioni a disposizione del cittadino inserendo su cup web delle note informative per gli utenti. Le note informative dovranno essere coerenti con i vincoli cup, si rende necessario modificare i vincoli ove ritenuto opportuno al fine di rendere coerenti le informazioni disponibili agli utenti in tutti i diversi canali di accesso alle prestazioni									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Modifiche apportate ai vincoli ove necessario al fine di rendere coerenti ed omogenee le informazioni disponibili per gli utenti nei diversi canali di accesso alle prestazioni.					CUP-WEB	Numero >=			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.5	Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa							
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard con particolare riferimento alle urgenze differibili provvedendo a variazioni delle agende che comportino un aumento della disponibilità delle prestazioni in UD prevedendo meccanismi di riutilizzo delle stesse come primi accessi.									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso nelle rilevazioni regionali ex ante					Cruscotto Regionale	% >=		90,00%	
Indice di performance per le prestazioni urgenti differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante					Cruscotto Regionale	% >=		90,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.6	Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative							
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente (rispetto all'anno 2017)			Specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.947,00			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.1.7	Prescrizioni, prenotazione e riprenotazione dei controlli							
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizione e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli.									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
% di prescrizioni effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo.(rispetto all'anno 2017)			ASA/ARMP/DEMA	% >=					
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP.(rispetto all'anno 2017)			ASA/ARMP/DEMA	Numero >=					
numero di prenotazioni sulle code D riservate alla struttura			CUP	Numero >=		93.018,00			

Settore		2.2.2 Assistenza Odontoiatrica							
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019				Indicazione sintetica della situazione attuale					
<p>Nell'aggiornamento della normativa nazionale in merito ai Livelli Essenziali di Assistenza (allegato 4c DPCM 12/01/17), vengono individuati "criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche" individuando l'età evolutiva (0-14) come destinataria di specifici programmi di monitoraggio della carie e delle malocclusioni, trattamento della patologia cariosa e correzione delle patologie ortognatodontiche (IOTN 4°-5°), con particolare riferimento ai contesti socioeconomici svantaggiati. Per le prestazioni non ricomprese nei LEA, viene prevista (dgr 1423/17) l'istituzione di un fondo integrativo regionale per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione di età 5-25 anni</p>									
Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.2.2.1	Potenziamento assistenza odontoiatrica in età evolutiva							
Descrizione				Rendicontazione					
<p>Verrà valutata l'attuale offerta di prestazioni odontoiatriche erogate in ottemperanza alla normativa Regionale DGR 2678/2004 e DGR 374/2008 e verrà adeguata alla vigente normativa dei LEA uniformemente alle azioni che verranno intraprese nelle Aziende di Area Vasta con le quali già da anni vi è una collaborazione per rendere omogenea l'offerta del Programma Regionale Odontoiatria.</p> <p>Verranno intraprese le azioni conseguenti all'attivazione del fondo integrativo regionale (dgr 1423/17) per la fascia di età 5-25 anni con potenziamento conseguente alle indicazioni della regione.</p>									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero		Riferimento Normativo	DGR 1423/17				
Indicatore						Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza della valutazione						Evidenza Documentale	Si/No		Si
Partecipazione a incontri di AREA VASTA di condivisione dell'adeguamento dell'offerta						Evidenza Documentale verbali riunioni	Si/No		Si

Sub-Area piano delle azioni	2.3	<u>SPORTELLINO UNICO DISTRETTUALE</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	2.3.1	<u>Sportello Unico Distrettuale</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo Sportello Unico Distrettuale svolgendo, in particolare, le attività di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, di prenotazione delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di registrazione delle diverse tipologie di esenzione dal pagamento del ticket, rappresenta uno dei primi punti di accesso al sistema sanitario a disposizione del cittadino. Per l'anno 2019, l'obiettivo è di mantenere la completa operatività con particolare riferimento all'aggiornamento delle procedure necessario a seguito delle recenti novità introdotte, a livello regionale, in materia di compartecipazione alla spesa.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.3.1.1	Redazione indicazioni operative						
Descrizione			Rendicontazione					
Redazione di indicazioni operative, per gli Operatori di Sportello Unico, in merito alle regole di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria con particolare attenzione alla recente emanazione della circolare regionale n.2/2019 "Linee guida sulla applicazione delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione sanitaria".								
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza attività				Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.3.1.2	Fascicolo Sanitario Elettronico						
Descrizione			Rendicontazione					
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini								
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR mandato DG				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.3.1.2	Fascicolo Sanitario Elettronico						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. FSE attivi					specifico flusso di riferimento	Numero >=		80.000,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.3.1.3	Banca dati normativa di Sportello Unico						
Descrizione			Rendicontazione					
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali, mantenendo costantemente aggiornata la banca dati normativa esistente.								
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Costante e tempestivo aggiornamento della banca dati normativa esistente					programma software "al fresco"	Sì/No	Sì	Sì

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.3.1.4	Procedura accesso Sportello Unico						
Descrizione			Rendicontazione					
Migliorare ed uniformare le procedure di accesso alle prestazioni.								
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.3.1.4	Procedura accesso Sportello Unico							
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Revisione della Procedura Amministrativa per la prenotazione delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale					Atti Direzione Sanitaria	Si/No	No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.3.1.5	Anagrafe Regionale Assistiti							
Descrizione			Rendicontazione						
Il programma informatico ARA - Anagrafe Regionale Assistiti, costituisce uno degli strumenti principali in uso presso gli Sportelli Unici Distrettuali. Obiettivo è di integrare le istruzioni attualmente in uso, al fine di migliorare l'utilizzo del programma informatico.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza attività					Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.3.1.6	Sistema informativo Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.3.1.6	Sistema informativo Case della Salute							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute				Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		

Sub-Area piano delle azioni	2.4	<u>SALUTE DONNA</u>
------------------------------------	------------	----------------------------

Settore	2.4.1	<u>Azioni di consolidamento ed integrazione</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

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 - Piano Socio-Sanitario 2017-2019. - Piano di Zona 2018-2020 soprattutto sugli aspetti della genitorialità e sui primi 1000 gg di vita.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.4.1.1	Materno-Infantile – Percorso Nascita Area Consultoriale			
Descrizione			Rendicontazione		
Promuovere l'equità di 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					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
					Valore atteso finale
		Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/totale parti di residenti. (rispetto media 2016)	Banca dati CEDAP	% >=	47,00%
		Nr. donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Nr. parti di nullipare residenti	Banca dati CEDAP	% >=	56,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.4.1.2	Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale			
Descrizione			Rendicontazione		
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	2.4.1.2	Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% allattamento completo a 5 mesi.					Flusso AVR	% >=		36,68%
% allattamento completo a 3 mesi.					Flusso AVR	% >=		55,93%
% non allattamento a 3 mesi					Flusso AVR	% <=		20,53%
% non allattamento a 5 mesi					Flusso AVR	% <=		28,69%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	2.4.1.3	Percorso IVG						
Descrizione			Rendicontazione					
Nel 2019 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.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 533/08 , DGR 1097/2011, DGR 930/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche					specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2017)					specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.4.1.4	Dimissione Appropriata della madre e del neonato						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.4.1.4	Dimissione Appropriata della madre e del neonato							
<p>Applicazione protocollo "Dimissione appropriata della madre e del neonato" con specificità per ogni territorio. Agevolare la possibilità di effettuare tempestivamente la scelta del PLS alla nascita analizzando, in collaborazione con il DCP, le situazioni che possono ritardare la procedura di assegnazione (vedi obiettivo 5.6.1.7)</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/2018					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. puerpere assistite/n. nati				Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		
%di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 giorni dalla nascita				Anagrafe Regionale Assistiti	% >=	50,00%	50,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.4.1.5	Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>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.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1370 DEL 23.07.14					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. pazienti in carico LDV				Dati attività salute donna	Numero >=	7,00	10,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.4.1.6	Percorsi di Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento gestione integrata territorio-ospedale inerenti i percorsi della gravidanza in base al livello di rischio (ambulatori gravidanza a rischio) e percorso per la gravida obesa ed invio ad ecografie di secondo livello e consulenze prenatali									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR N. 1377/2013					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Protocollo clinico condiviso			Atti Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.4.1.7	Integrazione con i Servizi Sociali							
Descrizione			Rendicontazione						
Collaborazione per il progetto "Oltre la strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento. Elaborazione Piano di Zona in collaborazione con il comune di Parma in ottemperanza al DGR 1423/2017 in merito alla salute ed il benessere sociale ed in particolare alle Nuove generazioni e responsabilità familiari									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1690/2008 Art. 18 28/2003 ;Art. 18 D.L. 286/98 ; DGR 771/2015 ;DGR 1423/17;					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Evidenza attività			Relazione salute donna	Si/No	Si	Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.4.1.8	Informatizzazione							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.4.1.8	Informatizzazione							
Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche. Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 930/2013					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. ricette dematerializzate			RIT		Numero >=	1.700,00	3.000,00		
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate			RIT		% >=	45,00%	75,00%		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	2.4.1.9	Formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
Programmazione e realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei Consultori aziendali al fine di perseguire gli obiettivi specifici, in particolare la costruzione dei percorsi, attraverso la promozione e lo sviluppo delle competenze e della integrazione professionale.									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza eventi formativi			Atti U.O. Formazione		Si/No	Si	Si		

Settore	2.4.2	Spazio Giovani
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Per lo Spazio Giovani si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza e al sostegno. Prevenzione comportamenti a rischio negli adolescenti.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.4.2.1	Punto di Accoglienza					
Descrizione			Rendicontazione				
Supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. utenti presi in carico				Dati attività Salute Donna	Numero >=	50,00	90,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.4.2.2	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente					
Descrizione			Rendicontazione				
Interventi presso alcune scuole superiori di I° e II° grado per prevenzione di comportamenti sessuali a rischio in riferimento delle Linee Guida regionali del "Progetto Adolescenza"							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 771/2015			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. interventi				Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.4.2.3	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico			
Descrizione			Rendicontazione		
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.4.2.3	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. interventi				Relazione Salute Donna	Si/No	Si	Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni		
Obiettivo	2.4.2.4	Salute riproduttiva					
Descrizione			Rendicontazione				
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali. Favorire l'accesso ai CF degli adolescenti (14-19 anni), in particolare quelli stranieri e garantire l'apertura di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) per la perseverazione della fertilità							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% di utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.				SICO	% >=		7,00%
Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti.				Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00
Numero Spazi Giovani nei distretti.				Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.4.2.5	Promozione della salute in adolescenza			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.4.2.5	Promozione della salute in adolescenza							
Garantire gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità. Garantire, a sostegno delle attività di health literacy, gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità, previsti anche nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018 nel setting "Scuola" e nel setting 4 "Comunità – Programmi per condizione".									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione della salute e sessualità/popolazione target (14-19 anni).				rilevazione annuale del servizio Assistenza Territoriale	% >=		19,00%		

Settore	2.4.3	Spazio Giovani Adulti				
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale				
In applicazione a quanto previsto dal DGR 1722/2017 per lo Spazio Giovani Adulti si prevede lo sviluppo di azioni connesse all'accoglienza, al sostegno e alla prevenzione di comportamenti a rischio ed in particolare la somministrazione di contraccettivi nei servizi consultoriali da applicare a tutti i cittadini residenti e non residenti in Regione, che hanno diritto all'assistenza sanitaria.						
Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance 1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni		
Obiettivo	2.4.3.1	Salute riproduttiva				
Descrizione		Rendicontazione				
Garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-34 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). Promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e giovani adulti e somministrazione gratuita dei contraccettivi presso i servizi consultoriali (DGR 1722/2017).						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1722/2017; DGR 919/18		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Consolidamento Procedura DGR 1722/2017			Specifico flusso di riferimento	Si/No	Si	Si

Sub-Area piano delle azioni	2.5	<u>SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>	
Settore	2.5.1	<u>Obiettivi di sistema e trasversali</u>	
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il programma proposto per il DAI SM-DP nell'ambito delle disposizioni normative e programmatiche regionali e locali si articola sulle seguenti aree di intervento e specifici obiettivi:

-valorizzazione dei percorsi integrati ospedale-territorio: focus sul sistema emergenza urgenza attraverso il monitoraggio e la qualificazione delle consulenze

-valorizzazione della salute mentale nelle Case della Salute: focus sul modello "Leggieri" attraverso il monitoraggio e la qualificazione delle consulenze e della presa in cura condivisa

-valorizzazione della salute mentale negli istituti penitenziari: focus sul modello di équipe multiprofessionale e sul percorso di trattamento multidisciplinare

-valorizzazione di programmi e percorsi specifici/PDTA: focus sull'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di processo e/o esito di:

- Percorsi di accoglienza, valutazione e cura di minori
- Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico (PRIA)
- Progetto regionale DSA
- Progetto regionale Adolescenza
- Percorso/PDTA Esordi Psicotici
- Programma e PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare
- Percorso Gravi Disturbi di Personalità
- Percorsi residenziali sanitari e sociosanitari
- Percorsi giudiziari
- Programma Dipendenze Patologiche
- Attività di prossimità
- Alcoldipendenza
- Percorsi dipendenze comportamentali

-valorizzazione del modello gestionale attraverso cruscotti dedicati a:

- residenzialità sanitaria e sociosanitaria (Salute Mentale Adulti)
- Budget di Salute (Salute Mentale Adulti)
- ricoveri psichiatrici
- inserimenti in Comunità Terapeutiche per Dipendenze Patologiche
- sistema Emergenza-Urgenza
- Inserimenti in strutture residenziali NPJA e collocazioni extrafamiliari.

-valorizzazione dei sistemi trasversali qualità-governo clinico-comunicazione-formazione-umanizzazione: focus sugli strumenti di comunicazione (carta dei servizi, sito web), sulla qualità percepita, sul monitoraggio e azioni migliorative conseguenti degli indici di governo clinico adottati, sulle azioni di miglioramento del sistema di rilevazione delle clinical competence e della valutazione della ricaduta delle azioni formative sulle pratiche operative, programma di prevenzione e riduzione delle contenzioni fisiche, sul monitoraggio e conseguenti azioni correttive relativamente al Piano per l'accesso

-valorizzazione dei programmi di innovazione e ricerca: focus sulla diffusione delle principali attività di ricerca e pubblicazione, in collaborazione con l'Università; progetti innovativi in ambito di Budget di Salute e Medicina di Genere.

-valorizzazione del sistema informativo: focus sulla collaborazione e prima sperimentazione all'interno del progetto regionale di cartella unica informatizzata.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.5.1.1	Percorsi Integrati Ospedale-Territorio							
Descrizione			Rendicontazione						
Sul fronte del sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario sul monitoraggio volto a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati. (scheda 33). Prosegue la funzione di "cruscotto" per il monitoraggio, la verifica periodica e attività di governo dell'accesso. Particolare attenzione viene posta al monitoraggio delle consulenze richieste ai Servizi DAI SM-DP presso i PS, con riferimento al livello ottimale riportato in letteratura.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 33					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Numero consulenze effettuate presso i Pronto Soccorsi/numero ingressi totali ai PS Parma e Fidenza					UO SPOI e UOC Fidenza	% <=		2,00%	
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.5.1.2	La salute mentale nella Case della salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento delle attività di raccordo e di collaborazione, nelle diverse sedi distrettuali, con i Dipartimenti Cure Primarie ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Implementazione del Programma "Leggieri" e delle attività di tutte le aree del DAI SM-DP nelle Case della Salute									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 1					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Consulenze in ambito Leggieri					atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		2.353,00	
Presenza in cura condivisa in ambito Leggieri					atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		951,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.5.1.3	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Costruire percorsi che da un lato consentano un'esecuzione della pena che sia realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale, dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.</p> <p>Analogamente sul piano sanitario sono presenti forme di vulnerabilità e disuguaglianza (immigrazione, prostituzione, tossico-alcoldipendenza); pertanto, nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.(scheda 8)</p> <p>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.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 8					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Incontri con l'area trattamentale					Verbali	Numero <=		10,00	
N nuovi giunti con valutazione del rischio suicidiario / N nuovi giunti					Sistema informativo SistER	% >=	80,00%	90,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.5.1.4	Piano Accesso							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.5.1.4	Piano Accesso	<p>L'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa (costituito dai Direttori sanitari, dai Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, dai collaboratori regionali e dai rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino) ha il mandato di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa, i tempi di attesa, i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria, e di condividere con le Aziende sanitarie interventi correttivi e proporre azioni innovative in materia di accessibilità. I componenti dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa sono i Direttori sanitari, i Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, i collaboratori regionali ed i rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino.(scheda 32). Attuazione annuale delle azioni previste nel Piano per l'accesso finalizzate al mantenimento dei tempi di attesa nei limiti fissati dalla normativa.</p>						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 32					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite accesso diretto				Sistema informativo Elea	% >=	70,00%	90,00%		
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP				Sistema informativo CUP	% >=	60,00%	90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.5.1.5	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA)							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.5.1.5	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA)							
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2019, e in particolare: -Garantire nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD) per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante". -Rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie.									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Nr. medio ore settimanali per bambino				rilevazione aziendale	Numero >=		4,00		
Nr. rivalutazioni funzionali nei bambini di età =16 anni/Nr. utenti con asd nella fascia = 16 anni				rilevazione aziendale	% >=		100,00%		
Designazione, per ogni Azienda USL , di un referente dei Servizi di salute mentale adulti e utilizzo sperimentale del Protocollo Diagnostico per adulti				rilevazione aziendale	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.6	Progetto Regionale DSA							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento delle Attività Neuropsichiatriche nell'ambito del programma DSA									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Legge 170/2010 e DGR 1766/2015					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Incontri del gruppo di conformita'				evidenza documentale	Numero >=		15,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.7	DGR 1423/2017 Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Mettere a punto i percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi e sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale adulti, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.).</p> <p>Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta all'evoluzione dei bisogni. (scheda 37)</p> <p>Potenziare le attività di prevenzione e cura di minori ed adolescenti con particolare attenzione ai percorsi di ricovero in emergenza.</p> <p>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.</p> <p>Revisione della documentazione relativa alla diagnosi e al trattamento del minore nell'ambito del Sistema Emergenza Urgenza.</p> <p>Le Aziende sanitarie dovranno dare applicazione al progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agevolare la creazione dei previsti coordinamenti socio-sanitari ed educativi sull'adolescenza, di livello distrettuale e in ambito CTSS (art. 21 LR 14/2008) - Attivare nell'ambito dei servizi territoriali, èquipe funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici con l'apporto dei consultori, dei CSM, della NPIA, dei Servizi per le dipendenze. 									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Circolare 1/2017					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
N dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale.			Rilevazione aziendale	Numero >=		4,00			
N. di equipes funzionali attivate			Rilevazione aziendale	Numero >=		4,00			
Revisione della documentazione Emergenza Urgenza per minori			Evidenza documentale	Sì/No		Sì			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.8	Esordi Psicotici							
Descrizione			Rendicontazione						
Diffusione e monitoraggio del PDTA Aziendale sugli esordi psicotici, con le relative attività formative e di supervisione. Realizzazione del report annuale di attività specifiche del percorso									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Circolare RER 2 / 2016					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Realizzazione di un Audit clinico per la valutazione del PDTA Esordi Psicotici			Atti DAISM DP	Si/No		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.9	Disturbi del comportamento alimentare							
Descrizione			Rendicontazione						
Revisione ed ottimizzazione del PDTA aziendale e miglioramento della rete in ambito ospedaliero per quanto attiene i minori, NPIA territoriale e CSM. Continua la collaborazione con OPA "Maria Luigia" e la Residenza "In Volo" nonché con le Associazioni. Effettuazione di almeno un Audit di valutazione del PDTA									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 17					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Realizzazione di un audit clinico per la valutazione del PDTA-DCA			Atti DAISM DP	Si/No		Si			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.10	Gravi disturbi della personalita'							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione dello specifico gruppo di lavoro, al fine di definire i percorsi operativi delle diverse UUOO e le relative attività formative e di supervisione. Realizzazione di un report annuale delle attività.									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.5.1.10	Gravi disturbi della personalita'						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Mappatura dei percorsi in essere nei Servizi DAI SM-DP				Atti DAISM DP	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.5.1.11	Appropriatezza nell'utilizzo della rete ospedaliera e residenziale						
Descrizione			Rendicontazione					
Prosecuzione delle attività di "cruscotto" per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.								
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N report Cruscotto E-U				Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	15,00	30,00	
Piano di revisione della rete residenziale socio sanitaria				Evidenza documentale	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente						
Obiettivo	2.5.1.12	Percorsi giudiziari						
Descrizione			Rendicontazione					
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. Elaborazione di proposta di cruscotto finalizzato alla definizione di percorsi giudiziari anche alternativi alla REMS.								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente						
Obiettivo	2.5.1.12	Percorsi giudiziari						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 8 , DGR 830/2017, DGR 919/18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/num residenti ammessi nelle REMS				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	2.5.1.13	"Programma" Dipendenze Patologiche						
Descrizione				Rendicontazione				
Attuazione locale del "Piano Regionale per le Tossicodipendenze". Approvazione del nuovo accordo triennale con gli Enti accreditati. Monitoraggio di nuove forme di intervento progettuale su modello Budget di Salute (inserito nell'accordo di fornitura locale con gli Enti Accreditati), attraverso gli incontri del tavolo locale di monitoraggio (CLM).								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 4			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
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	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	2.5.1.14	Attività di prossimità						
Descrizione				Rendicontazione				
Monitoraggi/ mappatura delle realtà giovanili per le nuove dipendenze e modalità di assunzione, facilitazione dell'invio dei medesimi ai servizi di cura serale								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	2.5.1.14	Attività di prossimità'						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Numero di uscite sul territorio per conoscenza dei gruppi giovanili marginali nel territorio cittadino					Evidenza documentali	Numero >=		20,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.5.1.15	Alcoldipendenza						
Descrizione			Rendicontazione					
Attuazione di pratiche di contatto finalizzate a migliorare la collaborazione con i medici di medicina generale, per la cogestione dei pazienti in carico e l'identificazione precoce dei rischi e danni alcolcorrelati								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Programma Dipendenze Patologiche: Obiettivi 2011-2013 (GPG/2011/843) DGR 1533/2006				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Realizzazione percorso condiviso con MMG per alcoldipendenza					Evidenza documentale	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.5.1.16	Dipendenze comportamentali						
Descrizione			Rendicontazione					
Attuazione e rendicontazione dei progetti territoriali a livello distrettuale per la prevenzione e il contrasto del disturbo da gioco d'azzardo attraverso il consolidamento delle collaborazioni con il sistema di cura, il sistema educativo e le associazioni di auto-mutuo-aiuto e l'attivazione di strategie per l'intercettazione del "sommerso".								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 (scheda 19)				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Numero progetti Distrettuali che coinvolgono il sistema delle Cure Primarie					Evidenza documentale	Numero >=		4,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.5.1.17	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione delle attività di “cruscotto” per l' accoglienza e cura rivolta a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela. Realizzazione dei Report Progetto Quadro ai sensi del DG 1102/14, 1677/03 e1904 e successive modificazioni.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1423/2014 scheda 17 e scheda37					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Report semestrale del cruscotto			evidenze documentali	Numero >=	1,00	2,00			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.18	Budget di salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione della funzione di “cruscotto” per il monitoraggio, la verifica periodica e attività di governo dell'accesso. Supporto ed implementazione dell'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di Salute. Evidenza di valutazione multidisciplinare e multi professionale Azienda USL e Servizi Sociali degli EE.LL. Prosegue l'attività di formazione sul tema, con ruolo di Responsabile di Coordinamento a livello regionale.									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Evento formativo dedicato al Budget di salute			Report eventi formativi	Si/No					
Nuovi progetti con budget di salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare e multi professionale Ausl e EE.LL./Nuovi progetti con bdg di salute attivati nell'anno.			rendicontazione del DSM-DP sul fonte regionale SM	% >=					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.5.1.19	Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione attività in materia di contenzioni fisiche presso l'SPDC.									
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Piano formativo per il personale per la prevenzione			atti DAISMDP	Si/No		Si			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	2.5.1.20	Innovazione e ricerca							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione dell'attività di sviluppo dei programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca									
Obiettivi Performance	3.1.1	Attività di ricerca	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Evidenza pubblicazioni su riviste nazionali e/o internazionali/anno			evidenza documentale	Numero >=		8,00			
Evento "Publication day"			atti DAISMDP	Si/No		Si			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.5.1.21	Medicina di genere							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosegue l'attività del Gruppo di lavoro per la Medicina di Genere, sulla base delle sempre maggiori esigenze di supporto agli aspetti multiproblematici degli assistiti, al fine di facilitare l'accesso alle attività di prevenzione (ad esempio screening, contraccezione ecc.) e alla programmazione di trattamenti che tengano conto delle differenze di genere.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 9					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	2.5.1.21	Medicina di genere						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N incontri del Gruppo di Lavoro					Verbali	Numero >=	2,00	4,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.5.1.22	Qualità ed Accredimento / Comunicazione/ Governo Clinico/Formazione						
Descrizione			Rendicontazione					
<p>In base al Piano triennale per lo sviluppo della Qualità del DAI SM-DP 2018/2021, nel corrente anno si effettueranno azioni volte a proseguire l'adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento regionale e a mantenere aggiornati sia la Carta dei Servizi che il Sito Web.</p> <p>Verrà realizzata un'indagine di qualità percepita per ogni area disciplinare. Prosecuzione e monitoraggio degli elementi cardine del Governo clinico. Revisione e miglioramento del sistema delle Clinical Competence a livello Dipartimentale.</p> <p>Valutazione della ricaduta della Formazione sulle pratiche operative</p>								
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Progetto di Miglioramento sul sistema di rilevazione della Clinical Competence					atti DAISMDP	Si/No		Si
Diffusione della nuova Carta dei Servizi					atti DAISMDP	Si/No		Si
Indagine qualità percepita in ogni area disciplinare					atti DAISMDP	Si/No		Si
Report Dipartimentale sul Governo Clinico					atti DAISMDP	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	2.5.1.23	Sistema informativo/ Comunicazione						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.5.1.23	Sistema informativo/ Comunicazione							
<p>Il DAI SM-DP di Parma partecipa alle attività legate alla progettazione e alla realizzazione della futura cartella clinica informatizzata Regionale in ambito DAI SM-DP sin dalle primissime fasi. Nel 2019, verranno realizzate le prime fasi di test presso l'AUSL di Imola, a cui parteciperà in modo primario il referente del Sistema informativo di Parma.</p> <p>Il nuovo sistema sarà fortemente interfacciato con il Fascicolo Sanitario elettronico e con la Piattaforma Sole.</p>									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Presenza del Referente ai test di Imola				Evidenza documentale	Si/No		Si		

Sub-Area piano delle azioni	2.6	<u>Medicina riabilitativa</u>
------------------------------------	------------	--------------------------------------

Settore	2.6.1	<u>Quadro generale</u>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Medicina Riabilitativa territoriale, strutturata nella nostra Azienda in tutti gli ambiti distrettuali, unitamente a quanto svolto dalle UOS presenti in ambito ospedaliero nella sede di Vaio e Borgotaro, sta sempre più affermandosi quale componente determinante nei percorsi di presa in carico nel lungo termine delle persone in condizione di cronicità - quale quella rappresentata dalla disabilità di tipo complesso in tutte le fasce di età - per il contributo tecnico-professionale, gestionale e organizzativo del medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione e dei componenti della équipe riabilitativa nel contesto della rete dei servizi, con particolare riferimento alla propria collocazione all'interno dei DCP e alle diverse aree di interfaccia. Sono in essere e proseguiranno nell'ambito della Medicina Riabilitativa territoriale le strategie organizzative dei servizi per la promozione, nel contesto degli "ospedali di comunità" di San Secondo e Borgotaro - della riduzione dei ricoveri inappropriati e dei percorsi di deospedalizzazione. La modulazione del sistema dei servizi territoriali è in continua evoluzione per far fronte alla complessità della presa in carico della persona con disabilità in condizione di cronicità, complessità determinata dalla comorbilità concomitante e/o interagente dei bisogni di salute e necessità di coordinamento delle cure tra diversi servizi. La gestione dei casi clinicamente complessi proseguirà in ambito ambulatoriale secondo i criteri di trattamento di "caso complesso" così come definito dal Piano di indirizzo per la Riabilitazione 2011 del Ministero della Salute. Per la presa in carico ambulatoriale delle problematiche conseguenti a disabilità neurologiche di tipo degenerativo - progressivo, quali la Sclerosi Multipla, viene mantenuto nel Distretto di Parma il DSA 2 SM neurologico-riabilitativo ad afferenza fisiatrica. Proseguiranno nel setting domiciliare le attività riabilitative a lungo termine per le disabilità complesse che comprendono una serie di interventi mirati al "recupero di gestibilità" nell'ambiente quotidiano oltre che di "recupero di funzione". Per quanto riguarda gli aspetti della continuità delle cure in rapporto alla riabilitazione delle persone in condizioni di cronicità e disabilità proseguiranno le attività nell'ambito del Polo Riabilitativo provinciale mirate allo sviluppo di modelli di integrazione in grado di garantire la qualità clinica ed organizzativa dell'intero percorso dell'assistito e delle diverse tipologie di setting, ospedaliero e territoriale. È stato esteso al 2019, ed è previsto il coinvolgimento di una 2° Casa della Salute in ambito Ausl, il progetto che prevede il contributo dei professionisti della riabilitazione ai programmi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015 - 2018 riguardanti le azioni per l'invecchiamento attivo e di tutela della fragilità nell'anziano. Con riferimento ai contenuti del Piano Socio-Sanitario 2017-2019 proseguiranno con l'apporto delle risorse della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria nell'area della non - autosufficienza e della disabilità svolte dalle Unità di Valutazione Multidimensionale e dalle commissioni distrettuali GraDA. Per l'anno in corso si prevede in questo ambito l'approfondimento degli aspetti di integrazione percorribili con la Medicina Riabilitativa della AOU di Parma per l'intercettazione e la valutazione della eleggibilità degli utenti già in fase di ricovero ai percorsi dedicati. Il DPCM 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza introducendo importanti cambiamenti in tema di assistenza protesica. Le linee di indirizzo RER "Assistenza Protesica: percorsi organizzativi e clinico assistenziali" sono state revisionate alla luce dei Nuovi LEA e licenziate con DGR 1844 5/11/2018. Il gruppo di lavoro Ausl istituito lo scorso anno ha prodotto, riguardo alla definizione dell'Albo dei prescrittori, le indicazioni organizzative generali su cui si è basata la identificazione dei nominativi dei professionisti. Nell'anno in corso sarà necessario approfondire in ambito interaziendale le azioni per dare seguito operativo alle Linee di Indirizzo RER, calandole nel contesto della nostra Azienda. Proseguiranno nel 2019 le attività del gruppo di lavoro interaziendale, cui sono componente attiva i professionisti della riabilitazione delle due aziende, per la revisione del percorso di presa in carico dei malati affetti da SLA. Per quanto riguarda la Riabilitazione sanitaria in area Età Evolutiva, proseguono nella sede del Distretto di Parma e di Fidenza le attività di presa in carico dei bambini affetti da disabilità complessa con modalità organizzativa in capo alle UO di Medicina Riabilitativa dei due Distretti. Nel Distretto di Parma a giugno 2018 è divenuta operativa la Casa della Salute del bambino e dell'adolescente. La presenza nella sede dei professionisti dei vari servizi che intervengono con modalità multidisciplinare sui vari aspetti delle gravi disabilità infantili potrà essere occasione per la ridefinizione dei percorsi in essere e della loro facilitazione, percorsi che dovranno essere comunque sviluppati con il contributo dei medici fisiatri delle UO dei due distretti interessati sulla base delle indicazioni del Comitato Tecnico RER UDGE e del gruppo AVEN Riabilitazione Pediatrica. Nei distretti di Parma e Fidenza sarà inoltre oggetto di approfondimento e di proposta clinico-organizzative la problematica della accessibilità per le visite fisiatriche infantili di 1° livello.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.6.1.1	Interventi di prevenzione e promozione della salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguimento da parte dei professionisti della riabilitazione attività finalizzate al consolidamento degli interventi di prevenzione delle cadute con riferimento al target di popolazione a rischio . Estensione delle attività ad una seconda CDS della Azienda.									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.5 GPG /2013/283 Piano della prevenzione RER 2016-2018 DGR 2128-2016 DGR 1003/2016 Piano socio-sanitario 2017-2019 scheda n.20					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale					Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.6.1.2	Attività di integrazione socio-sanitaria							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire da parte dei professionisti della riabilitazione le attività di integrazione socio-sanitaria a favore di persone disabili adulte e della età evolutiva nell'ambito dei processi e funzioni assegnate, con particolare riferimento alle attività istituzionali nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e Commissioni Distrettuali GraDA. Mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatra referenti. Approfondimento degli aspetti di integrazione percorribili con la Medicina Riabilitativa della AOU di Parma per l'intercettazione e la valutazione della eleggibilità degli utenti ai percorsi dedicati già in fase di ricovero da parte del medico fisiatra ospedaliero.									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 2068/04,DGR 840/08,FRNA,FNA ,FSR,Obiettivo di mandato DG Ausl PR 1.8 DGR 1762/11 DGR 1003/2016 Piano socio-sanitario 2017-2019					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale					evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.6.1.3	Revisione percorso interaziendale malati SLA							
Descrizione			Rendicontazione						
Contributo progettuale da parte dei professionisti della riabilitazione alle attività del gruppo di lavoro interaziendale istituito dalle DS finalizzato alla revisione del percorso di presa in carico dei malati affetti da SLA.									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Piano delle performance 2017-2019					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
evidenza documentale				evidenza	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.6.1.4	Programmi integrati di intervento all'interno della C.d.S. per la presa in carico delle problematiche della Sclerosi Multipla							
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor-Molinetto e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali da parte del medico fisiatra referente Revisione modalità organizzative DSA sulla base delle necessità cliniche degli assistiti nella malattia considerata e delle indicazioni RER con riferimento a periodo di durata DSA2									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009 DGR 2128/2016					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale				evidenza	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.6.1.5	Percorsi organizzativi e clinico-assistenziali assistenza protesica							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.6.1.5	Percorsi organizzativi e clinico-assistenziali assistenza protesica							
Con riferimento alla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, alle "Linee di indirizzo RER Assistenza protesica: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali" DGR 1844 5.11.2018 revisionate alla luce dei nuovi LEA, alla costituzione dell'Albo dei prescrittori: contributo progettuale in ambito della Riabilitazione interaziendale per la costruzione dei percorsi organizzativi di facilitazione dell'utenza e di appropriatezza nella risposta dei diversi bisogni									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DPCM 12 GENNAIO 2017 DGR 1844 5.11.2018					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
evidenza documentale					evidenze documentali agli atti della DS	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.6.1.6	Polo Riabilitativo Provinciale							
Descrizione			Rendicontazione						
Con particolare riferimento agli aspetti della continuità delle cure in rapporto alla riabilitazione delle persone in condizioni di cronicità e disabilità proseguiranno le attività nell'ambito del Polo Riabilitativo provinciale mirate allo sviluppo di modelli di integrazione in grado di garantire la qualità clinica ed organizzativa dell'intero percorso dell'assistito e delle diverse tipologie di setting, ospedaliero e territoriale.									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) DEL. 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
evidenze documentali					evidenze documentali agli atti della DS	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.6.1.7	Casa della Salute del Bambino e dell'adolescente							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel Distretto di Parma a giugno 2018 è divenuta operativa la Casa della Salute del bambino e dell'adolescente. Proseguono nella nuova sede le attività di presa in cura dei bambini affetti da disabilità complessa con modalità organizzativa in capo alle UO di Medicina Riabilitativa. La presenza nella sede dei professionisti dei vari servizi che intervengono con modalità multidisciplinare sui vari aspetti delle gravi disabilità infantili potrà essere occasione per la ridefinizione dei percorsi in essere e della loro facilitazione, percorsi che dovranno essere comunque sviluppati con il contributo dei medici fisiatristi delle UO del distretto di Parma e di Fidenza che presentano analoghe modalità organizzative, e sulla base delle indicazioni del Comitato Tecnico RER UDGE e del gruppo AVEN Riabilitazione Pediatrica									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenze documentali				evidenze	Sì/No	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.6.1.8	Visite fisiatriche infantili 1° livello							
Descrizione			Rendicontazione						
Nei distretti di Parma e Fidenza sono presenti liste di attesa particolarmente critiche. Ci si propone per l'anno in corso l'approfondimento e il confronto con le modalità organizzative presenti in Area Vasta e la elaborazione di proposta di ridefinizione clinico-organizzativa per migliorare l'appropriatezza di accesso alle visite fisiatriche infantili di 1° livello e la costruzione nell'ambito del Polo Riabilitativo Provinciale a garanzia del modello H/S									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) DEL. 919/18					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	2.6.1.8	Visite fisiatriche infantili 1° livello						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenze documentali				evidenze	Sì/No	Sì	Sì	

Sub-Area piano delle azioni	2.7	<u>Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	2.7.1	<u>Quadro generale</u>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La popolazione immigrata irregolarmente presente nella nostra provincia trova nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello Spazio Salute Immigrati, in particolare, importanti punti di riferimento. Nel 2018 le persone che si sono rivolte al citato Servizio sono state 1321 (310 donne e 1011 uomini) . Le persone in carico appartenevano alla categoria Mare Nostrum per il 62,45% pari a 825 persone ; la restante parte (461 persone) era presente in Italia secondo categorie giuridiche differenti , tra cui pazienti con Visto o pazienti della Comunità Europea. Degno di nota la lingua utilizzata al servizio: per bel il 53,2% delle persone si è resa necessaria l'attivazione di mediazione linguistica, in quanto i soggetti parlavano solo lingua madre del paese di provenienza, non parlavano in italiano in modo comprensibile, né utilizzavano una lingua veicolare quali l'inglese o il francese. Si registra inoltre una scarsa scolarizzazione per i soggetti "Mare Nostrum" con il 37% di analfabetismo a cui si aggiunge un 27% di soggetti con scolarità primaria . La scarsa literacy rende quindi complesso la capacità di comprensione del nuovo ambiente di vita e la capacità di essere in grado di comprendere correttamente le informazioni sulla propria salute

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

Obiettivo	2.7.1.1	Promozione della salute
------------------	----------------	--------------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Per limitare i rischi potenziali di iniquità si ritiene utile proseguire gli incontri informativi e formativi con gli Operatori dei CAS e con gli ospiti. Inoltre sono previsti incontri formativi con i mediatori linguistici. Si ritiene infatti che la mediazione debba diventare sempre di più un mezzo utile ed efficace, ben integrato con le azioni dell'ambulatorio Spazio Salute Immigrati. La mediazione può infatti aiutare il migrante nell'acquisire conoscenza sulle varie opportunità di cura, sulla capacità di autopromozione della salute ed infine possono svolgere azioni utili al self care e self decision-making. La promozione della salute ha bisogno di mediatori formati in grado di supportare il migrante nei percorsi sanitari, legali ed educativi.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015
------------------------------	--------------	--	------------------------------	---------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Incontri di informazione-formazione con Operatori e Immigrati	Verbali incontro c/o Casa della Salute	Numero >=		3,00
incontri di informazione-formazione con i mediatori linguistici	verbali degli incontri	Numero >=		5,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.7.1.2	Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Presso l'Ausl di Parma sono già attivi ambulatori distrettuali dedicati agli stranieri 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 orientano le azioni di promozioni della salute sulle criticità osservate. Gli obiettivi proposti nell'anno 2019 sono il consolidamento dell'attività nella sede distrettuale di Parma, che è maggiormente esposta al flusso di arrivi . 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 di fragilità e documentare situazioni di tortura</p>									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. prestazioni/n. persone in carico				cartelle cliniche	Numero >=	1,50	2,00		
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento				cartelle cliniche	% >=	70,00%	70,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.7.1.3	Presenza in carico e cura di vittime di tortura							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>L'AUSL di Parma ha attivato un protocollo d'intesa con l'associazione CIAC Onlus , costituendo un coordinamento socio-sanitario, composto da specialisti di varie discipline, al fine di monitorare i casi vulnerabili più complessi e le vittime di tortura.. Si propone per il 2019 di continuare l'attività di sostegno e di presa in carico delle vittime di tortura attraverso due sostanziali linee di indirizzo: il mantenimento del Centro quale punto di riferimento per l'emersione dei nuovi casi e la prosecuzione di azione integrate con le associazioni dedicate alle accoglienza</p>									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.7.1.3	Presenza in carico e cura di vittime di tortura							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
n. certificazioni					salute immigrati	Numero >=	10,00	20,00	
Incontri Coordinamento Socio Sanitario					verbali degli incontri	Numero >=	4,00	8,00	

Sub-Area piano delle azioni	2.8	<u>SANITA' PENITENZIARIA</u>
------------------------------------	------------	-------------------------------------

Settore	2.8.1	<u>Quadro generale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>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.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.8.1.1	Qualità delle cure							
Descrizione			Rendicontazione						
Sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale si rende necessario procedere con azioni di consolidamento dell'organizzazione, finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza, basata su interventi interdisciplinari ed integrati al fine di perseguire una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica e specialistica.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 314/09, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11 Circolare RER n. 15 2013 Deliberazione 309 14					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza Attività equipe integrata				Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.8.1.2	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.8.1.2	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari							
Attivare la funzione del ritorno di tutti i referti specialistici nel sistema SISP tramite SOLE. Effettuazione screening HIV; Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute. Redefinizione delle attività assistenziali infermieristiche									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici.					Rendicontazione aziendale	Si/No		Si	
Nr. nuove persone detenute nell'anno per = 14 giorni screenate per HIV/Nr. nuovi ingressi dell'anno detenuti per = 14 giorni.					SISPER	% >=		90,00%	
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Nr. totale sezioni					Rendicontazione aziendale	% >=		100,00%	
definizione dei ruoli e funzioni dell'infermiere penitenziario					Rendicontazione aziendale	Si/No		Si	

Area	3	<u>ASSISTENZA OSPEDALIERA</u>
-------------	----------	--------------------------------------

Sub-Area piano delle azioni	3.1	<u>Obiettivi di Presidio Ospedaliero</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	3.1.1	<u>Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>In attuazione dei combinati disposti di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70, alla DGR 2040/2015 ed alla DGR 1003/2016, l'Azienda USL di Parma ha completato, entro i termini previsti, le riconversioni di posti letto ed attività ospedaliere dei presidi ospedalieri a gestione diretta di Fidenza e di Borgo Val di Taro, in funzioni ed attività territoriali. Il percorso di adeguamento delle dotazioni di posti letto è stato condotto in sinergia con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, con la quale è stato sottoscritto un documento di programmazione integrata dell'assistenza ospedaliera, che è stato approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale. A conclusione del medesimo documento, è stato convenuto di avviare un processo di revisione/implementazione di percorsi clinico - organizzativi, su temi da ritenersi strategici, dove impegnare gruppi qualificati di professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie del bacino provinciale. Sono in corso importanti interventi strutturali di adeguamento e di ampliamento nei due stabilimenti ospedalieri, che determineranno modificazioni importanti di tipo organizzativo. In particolare, la riorganizzazione dei comparti operatori e degli ambulatori di prericovero dovranno determinare un impatto positivo sulla gestione delle liste di attesa. In quest'ambito dovrà essere ridefinita la gestione complessiva dei percorsi.</p>	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	3.1.1.1	Partecipazione dei professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale ai gruppi di lavoro interaziendali in ambiti strategici					
Descrizione	<p>Il documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma - AUSL di Parma", recepito con deliberazione n. 1006 del 30 dicembre 2016, ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali, definendo ambiti di approfondimento da ritenersi strategici. Il Presidio Ospedaliero Aziendale deve assicurare la partecipazione di qualificati professionisti, ai lavori dei gruppi, che potranno proseguire per l'anno 2019.</p>		Rendicontazione				
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza documentale				P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.1.1.2	Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati							
Descrizione			Rendicontazione						
Ridefinizione delle funzioni di supporto al RUA aziendale per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri per intervento chirurgico alla luce delle nuove disposizioni ministeriali e regionali .									
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Formazione di un gruppo di gestione delle liste di attesa di Presidio Ospedaliero			P.O. Aziendale		Si/No	Si	Si		
Evidenza documentale della gestione dei programmi operatori			P.O. Aziendale		Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.1.1.3	Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale							
Descrizione			Rendicontazione						
La prospettiva del cambiamento delle modalità di accreditamento, che avranno quali riferimenti i dipartimenti integrati di presidio ospedaliero aziendale al posto degli stabilimenti ospedalieri, rende necessario avviare il processo di omogeneizzazione delle procedure in essere presso le due sedi ospedaliere. (MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA')									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DM 70/2015; DGR 2040/2015.					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale			P.O. AZIENDALE		Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.1.1.4	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	3.1.1.4	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto						
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza								
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
DRG potenzialmente inappropriati/appropriati.					Griglia LEA	% <=		0,19%

Sub-Area piano delle azioni	3.2	Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale
------------------------------------	------------	--

Settore	3.2.1	Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La definizione dei nuovi dipartimenti unici di P. O. che 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 secondo le linee guida regionali, vede una ulteriore implementazione con la costituzione del nuovo Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza, che necessariamente dovrà prevedere un riassetto complessivo dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero Aziendale.
 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	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
-------------------------------	----------	---	-------------------------	------------	---------------------------------

Obiettivo	3.2.1.1	Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Area della produzione
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
Applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di flusso nei PS (DGR 1827/17). Migliorare la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico organizzative con particolare riferimento alla gestione patologie rilevanti. Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi che consentano la presa in carico di pazienti con condizioni di fragilità sanitaria o sociale (DGR 919/18 pag.71 di 106)	

Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 1827/17
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Rilevazione algoritmo NEDOCS	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
Predisposizione e Applicazione piano 2018-2019 per l'iperflusso	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì
Predisposizione di un sistema che permetta di disporre in tempo reale del n° dei posti letto effettivamente occupati	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No		Sì
Predisposizione di percorsi/protocolli di interfaccia con CRA e altre strutture di cura intermedie in relazione alle tematiche più frequenti (IVU, cadute, fine vita,...)	Direzione di Presidio Ospedaliero	Numero >=		2,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	3.2.1.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati							
Descrizione			Rendicontazione						
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2019 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance coorelate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento					Atti del Dipartimento	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	3.2.1.3	DGR 1890/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza urgenza - Promozione interventi formativi							
Descrizione			Rendicontazione						
Progetto formativo "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" rivolta in particolare ai professionisti dell'emergenza urgenza e delle UU.OO. coinvolte nel percorso di accoglienza e presa in carico di pazienti oggetto di violenza sessuale e di genere in collaborazione con l'AUSL di Piacenza quale assegnataria del finanziamento regionale in qualità di capofila AVEN Emilia Nord									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Formazione personale PS, 118, ginecologi, pediatri					Direzione di Presidio	Sì/No		Sì	

Settore	3.2.2	Obiettivi del Dipartimento Medico
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I dipartimenti unici di P. O. perseguono, con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70 secondo le linee guida regionali.</p> <p>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</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	3.2.2.1	Dipartimento Medico -Percorso di gestione informatizzata della documentazione sanitaria					
Descrizione			Rendicontazione				
Implementazione della cartella infermieristica informatizzata; progettazione e avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata e del diario clinico integrato.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Implementazione dell'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata in tutte le UU.OO. Del Dipartimento a Fidenza				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si
Avvio dell'utilizzo cartella infermieristica informatizzata a Borgotaro				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si
Progettazione della cartella medica informatizzata				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si
Avvio utilizzo cartella medica informatizzata				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	3.2.2.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	3.2.2.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati							
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2019 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento					Atti del Dipartimento	Sì/No			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.2.3	Dipartimento Medico - Percorsi di somministrazione sicura							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza					Direzione Dipartimento	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.2.2.4	Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa							
Descrizione			Rendicontazione						
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.2.2.4	Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Indice di performance prestazioni programmabili - Ospedale di Fidenza				portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni programmabili - Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro				portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale di Fidenza				portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro				portale MAPS	% >=	86,00%	90,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	3.2.2.5	Dipartimento Medico - Volumi ed esiti							
Descrizione				Rendicontazione					
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106) In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti			
Obiettivo	3.2.2.5	Dipartimento Medico - Volumi ed esiti						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% di casi di stroke con centralizzazione primaria					specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%
% transiti in stroke unit					specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%
% trombolisi e.v.					specifico flusso di riferimento	% >=		12,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000					specifico flusso di riferimento	Numero <=		59,10
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000					specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,10

Settore	3.2.3	Obiettivi del Dipartimento Chirurgico
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>I dipartimenti unici di P. O. perseguono, con impegno e determinazione, gli obiettivi di riorganizzazione ed adeguamento ai nuovi standard ospedalieri, contenuti nel D.M. 2 aprile 2015, n. 70 secondo le linee guida regionali.</p> <p>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</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	3.2.3.1	Dipartimento Chirurgico -Percorso di gestione informatizzata della documentazione sanitaria					
Descrizione			Rendicontazione				
Implementazione della cartella infermieristica informatizzata; progettazione e avvio dell'utilizzo della cartella medica informatizzata e del diario clinico integrato.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Implementazione dell'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata in tutte le UU.OO. Del Dipartimento a Fidenza				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si
Avvio dell'utilizzo cartella infermieristica informatizzata a Borgotaro				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si
Progettazione della cartella medica informatizzata				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No	Si	Si
Avvio utilizzo della cartella medica informatizzata				Direzione di Presidio Ospedaliero	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	3.2.3.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	3.2.3.2	Applicazione del ciclo di verifica dei risultati							
Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale nell'ottica del miglioramento continuo e nell'impegno verso il raggiungimento di standard di qualità di particolare rilievo. Nel 2019 dovrà essere data evidenza del Piano delle Attività e di miglioramento del Dipartimento in coerenza agli obiettivi assegnati e agli esiti del processo di autovalutazione attraverso l'analisi degli indicatori monitorati; al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento					Atti del Dipartimento	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.3.3	Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza					Direzione Dipartimento	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.3.4	Dipartimento Chirurgico - ORMAWEB							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento della informatizzazione del percorso chirurgico (ORMAWEB)									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.3.4	Dipartimento Chirurgico - ORMAWEB							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirurgico: programma operatorio				Direzione PO	Si/No		Si		
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirurgico: cartella anestesiologicala				Direzione PO	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.2.3.5	Dipartimento chirurgico - Riorganizzazione dei percorsi chirurgici							
Descrizione			Rendicontazione						
In entrambi gli stabilimenti ospedalieri, dovranno essere elaborati: - un Progetto di riorganizzazione delle attività di sala operatoria - un progetto di di riorganizzazione degli ambulatori di prericovero (Miglioramento della Qualità)									
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 919/18 -					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale				Direzione di Presidio	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	3.2.3.6	Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire l'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto, e riducendo il ricorso al taglio cesareo. Azioni messe in atto per garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascite a seguito del superamento dei punti nascita.									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	3.2.3.6	Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Percentuale di tagli cesarei primari HUB				CEDAP	% <=		25,00%
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE				CEDAP	% <=		15,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2016 spoke con numero parti >=1.000)				CEDAP	% <=		7,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)				CEDAP	% <=		9,00%
% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.				CEDAP	% <=		8,00%
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita.				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	3.2.3.7	Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico					
Descrizione			Rendicontazione				
Nel 2019 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 chirurgico							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18 -			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% di donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/ totale IVG chirurgiche.				Rilevazione IVG	% <=		25,00%
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.				Rilevazione IVG	% >=		27,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti		
Obiettivo	3.2.3.8	Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico					
Descrizione			Rendicontazione				
Le aziende devono provvedere alla corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA. al fine del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. (DGR 919/18)							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
IP Per i tumori selezionati (entro 30 gg)				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%
IP per le protesi d'anca (entro 180 gg)				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%
IP per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (entro la classe di priorità segnalata)				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%
Corretta alimentazione flusso SIGLA				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
Rivalutazione delle modalità di assegnazione delle classi di priorità				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Rivalutazione delle modalità di assegnazione delle classi di priorità del tumore della prostata sulla base di protocolli concordati (Documento RER)				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Rispetto dei TdA per gli interventi sottoposti a monitoraggio secondo il nuovo PNGLA 2108-2020				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti		
Obiettivo	3.2.3.9	Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti		
Obiettivo	3.2.3.9	Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico					
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15							
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 919/18 -			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per struttura/anno				specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.				specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per struttura (tenendo conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri)				specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore				specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	3.2.3.10	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto					
Descrizione				Rendicontazione			
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18 -			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	3.2.3.10	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (rispetto al 2017)				specifico flusso di riferimento	% >=		25,00%	

Settore	3.2.4	Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2019 dovrà essere ridefinito l'assetto organizzativo per il coordinamento degli interventi attuativi del progetto Ospedale e territorio senza dolore.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	3.2.4.1	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule					
Descrizione			Rendicontazione				
<p>Mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti. Invio al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna (CRT-ER), in occasione dei consueti incontri bilaterali che si terranno tra lo stesso e le aziende sanitarie entro i primi due mesi dell'anno successivo, di una relazione firmata dal Coordinatore Locale e dalla Direzione Sanitaria, sull'attività relativa al procurement svolta durante l'anno e il monitoraggio del percorso "neuroleso" (numero dei pazienti che attraverso il percorso "neuroleso" sono stati individuati extra Terapia Intensiva, ricoverati in Rianimazione e avviati all'osservazione di morte encefalica). - Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)</p>							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18 -			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'ufficio locale di coordinamento alla donazione da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Numero di donazioni di cornee rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente				Specifico flusso di riferimento	Numero >=		17,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	3.2.4.2	Rete per la Terapia del dolore					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.4.2	Rete per la Terapia del dolore							
<p>Coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore" Con deliberazione della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011 sono stati adottati i primi provvedimenti d'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, approvando linee guida per la funzione della terapia del dolore nella regione Emilia-Romagna e dando mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010 La Struttura è stata rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 e ha il compito di coordinare la promozione e lo sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, monitorare lo sviluppo della funzione di terapia del dolore, verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", elaborare eventuali proposte di adeguamento della programmazione regionale in materia. (DGR 919/18 pag. 69 di 106)</p>									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero.				nuova SDO campo B025	% >=		95,00%		

Sub-Area piano delle azioni	3.3	<u>L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	3.3.1	<u>Obiettivi generali</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'accordo di fornitura per l'anno 2019 dovrà 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. Dovrà proseguire l'attuazione del documento congiunto di programmazione dei posti letto, approvato dalla CSST, nel quadro di quanto previsto dal DM Salute n. 70/2015 e dalla DGR 2040/2015. Dovranno essere richiamate le previsioni della DGR 919 / 2018, come esplicitate al capitolo 3 dell'Allegato B, inerente l'Assistenza Ospedaliera.</p> <p>Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza, l'accordo di fornitura dovrà proseguire nella riconversione di attività nel setting più appropriato di assistenza.</p> <p>Il miglioramento dei tempi d'attesa per i ricoveri programmati, pur essendo posto come obiettivo complessivo di sistema provinciale, dovrà vedere un impegno prioritario dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, che si avvale anche della collaborazione strutturata degli ospedali privati accreditati, ai quali è stato correttamente attribuito un ruolo complementare 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.</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	3.3.1.1	Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2019					
Descrizione			Rendicontazione				
<p>Aggiornamento, condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2018, con la conferma degli impegni di programmazione integrata dei posti letto, inseriti nel documento comune di programmazione, approvato dalla CSST entro i termini previsti dai combinati disposti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. L'accordo contrattuale di fornitura dovrà recepire le indicazioni contenute al capitolo 3 dell'allegato B alla DGR 919/2018.</p>							
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 2.4.2015, n. 70; DGR 2040 del 10.12.2015; DGR 830 del 12.6.2017.			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenze documentali.				Direzione Generale	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.2	Gestione e monitoraggio interaziendale del Cruscotto provinciale per i ricoveri in acuzie							
Descrizione			Rendicontazione						
Gestione integrata delle disponibilità di ricoveri diretti presso gli Ospedali Privati Accreditati, dal Pronto Soccorso dell'AOUPR, nell'ambito del "Cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, a cura delle Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda UsI. Gli Ospedali Privati Accreditati coinvolti sono quelli dotati di reparti di Medicina Interna (Città di Parma, Hospital Piccole Figlie e Val Parma Hospital.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Report direzioni sanitarie					Direzioni sanitarie	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.3	Destinazione di posti letto di lungodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma							
Descrizione			Rendicontazione						
Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockers nell'Azienda Ospedaliera di Parma									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenze documentali					Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.3.1.4	Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale							
Descrizione			Rendicontazione						
Collaborazione con l'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma 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). Effettuazione dei controlli campionari di merito sulle cartelle cliniche, con riferimento alle rendicontazioni periodiche relative alla gestione delle emoteche collocate negli ospedali a gestione diretta dell'AUSL di Parma, in attesa dell'implementazione del software SISTRA regionale.									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015. DGR 1003 del 28/6/2016, Allegato B, punto 3.3.					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenze documentali				Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì		

Sub-Area piano delle azioni	3.4	<u>Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	3.4.1	<u>Obiettivi generali</u>
----------------	--------------	----------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Si conferma, anche per il 2019, quale ambito strategico di integrazione, il bacino d'utenza della provincia di Parma. Le collaborazioni strutturate "interaziendali", tra le due Aziende Sanitarie, Ospedaliera e Territoriale, sono state implementate, soprattutto allo scopo di aumentare il loro potenziale di risposta alle esigenze sanitarie della popolazione residente. La dimensione interaziendale di integrazione rappresenta un cambiamento culturale ineludibile, pur prendendo atto delle difficoltà riscontrate a dare concretezza ai progetti comuni, a diversi gradi di realizzazione. La semplificazione dei processi di collaborazione e lo snellimento dei rapporti, può essere la soluzione per omogeneizzare metodi e percorsi, di contiguità e continuità, nei servizi e nelle prestazioni, nell'interesse degli utenti. Le collaborazioni professionali di rete che sono state proposte nel "Documento di programmazione integrata dell'assistenza ospedaliera 2016 AOU di Parma e AUSL di Parma", devono essere ulteriormente implementate per costruire un sistema sanitario provinciale effettivamente integrato, capace di dare risposte qualitativamente e quantitativamente adeguate ai bisogni, pur nella necessità di mantenere invariati gli oneri economici.

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

Obiettivo	3.4.1.1	Avvio del coordinamento interaziendale delle attività sanitarie dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma			
------------------	----------------	--	--	--	--

Descrizione	Rendicontazione			
--------------------	------------------------	--	--	--

Le Direzioni Generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e di AUSL hanno istituito il Coordinamento interaziendale delle attività sanitarie assegnandone le funzioni ai Direttori Sanitari delle due Aziende ; AUSL ha formalizzato l'istituzione con deliberazione n. 948 del 20/11/2018. La realizzazione degli obiettivi del Coordinamento Interaziendale si esplicherà con :

- Integrazione di servizi utilizzando e mettendo in rete le competenze del personale afferente alle Direzioni Sanitarie;
- programmazione di piani di lavoro integrati per gli ambiti di assistenza ospedaliera e territoriale, realizzando in prima analisi un coordinamento dell'assistenza ospedaliera;
- razionalizzazione e sviluppo interaziendale dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale.

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/15. DGR 1003/2016 - Allegato B - punto 2.7
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	3.4.1.1	Avvio del coordinamento interaziendale delle attività sanitarie dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenze documentali					Direzione Aziendale	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.2	Revisione del PDTA interaziendale per la SLA						
Descrizione			Rendicontazione					
Il Gruppo di Lavoro Interaziendale Multidisciplinare sta definendo una revisione del PDTA Interaziendale per la SLA, da attuarsi in tutto il territorio provinciale per garantire l'assistenza ai pazienti in tutte le fasi della malattia.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/15				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenze documentali					Direzione Aziendale	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	3.4.1.3	Percorsi integrati tra Servizi Territoriali/Ospedalieri e Case Residenza Anziani : Implementazione dell'Unità Mobile						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.4.1.3	Percorsi integrati tra Servizi Territoriali/Ospedalieri e Case Residenza Anziani : Implementazione dell'Unità Mobile							
<p>All'interno dei progetti interaziendali sulla fragilità, ha preso avvio a dicembre 2018 il progetto "Unità mobile multidisciplinare per il malato fragile polipatologico -UMM", che ha visto il coinvolgimento di due strutture protette, una afferente al Distretto di Parma e una al Distretto Sud Est, allo scopo di individuare azioni, percorsi e modalità di relazioni tra Enti e Professionisti utili a garantire la migliore risposta assistenziale ai bisogni di anziani fragili istituzionalizzati con benefici anche sull'operatività delle organizzazioni coinvolte con implementazione dell'attività di consulenza specialistica nelle CRA da parte dell'Unità Mobile costituita da professionisti dell'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.</p> <p>Gli obiettivi del Progetto sono :</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare i percorsi clinico-assistenziali a favore del paziente fragile polipatologico istituzionalizzato - ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di attività di consulenza specialistica - estensione del Progetto ad ulteriori strutture protette dei Distretti di Parma e Sud Est ed ai pazienti domiciliari dimessi dall'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. 									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenze documentali (Repoert UOC U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)					Direzione Aziendale	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.4.1.4	Revisione del PDTA interaziendale per l'insufficienza renale cronica e progetto di riorganizzazione integrata dell'attività dialitica provinciale							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	3.4.1.4	Revisione del PDTA interaziendale per l'insufficienza renale cronica e progetto di riorganizzazione integrata dell'attività dialitica provinciale					
<p>La malattia renale cronica (MRC) rappresenta ormai un problema di vaste dimensioni che coinvolge, oltre nefrologi, anche medici di medicina generale e numerose categorie di specialisti e per tale motivo Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma hanno avviato il PDTA per la gestione integrata del problema.</p> <p>A due anni dall'attivazione del PDTA si ritiene necessaria una revisione che vede il coinvolgimento anche dei centri dialisi provinciali .</p>							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza documentale				Direzione Aziendale	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	3.4.1.5	Progetto Rete Infettivologica Assistenziale Integrata			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>In un'ottica di gestione ottimale delle problematiche infettivologiche nella realtà articolate del contesto provinciale non può prescindere dall'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali con l'obiettivo finale della creazione di una rete infettivologica interaziendale che vede in particolare l'U.O. di Malattie Infettive ed Epatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma impegnata sui seguenti ambiti territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alla gestione ADMA -Partecipazione alla gestione Casa Francesco -Attività ambulatoriale specialistica in carcere -Attività ambulatoriale di consulenza spazio salute immigrati -Attività di consulenza, formazione e aggiornamento per il Presidio Ospedaliero Aziendale <p>Stewardship antibiotica negli ospedali da estendere a anche a livello territoriale e creazione del percorso OPAT (Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy)</p>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.5	Progetto Rete Infettivologica Assistenziale Integrata						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale				Direzione Aziendale	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.6	Progetto di revisione clinico-organizzativa del percorso interaziendale TAO e NAO						
Descrizione			Rendicontazione					
Il numero sempre crescente dei pazienti in terapia anticoagulante orale e l'avvento di nuovi farmaci (NAO) ha determinato la necessità di individuare una revisione clinica del percorso integrato tra Azienda AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con un sempre maggior coinvolgimento delle Case della Salute e dei Medici di Medicina Generale già impegnati nella gestione integrata dei pazienti in TAO.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale				Direzione Aziendale	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.7	Punto Unico di Dimissione (PUD)						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.7	Punto Unico di Dimissione (PUD)						
<p>L'aumento del numero delle persone anziane con problemi sanitari importanti determina un maggiore bisogno di sostegno alla famiglie per il reinserimento del familiare dimesso e non autosufficiente o con ridotte autonomie presso il proprio domicilio. I rischi delle dimissioni non pianificate precocemente e gestite possono essere: ricoveri ripetuti (i cosiddetti frequentusers), degenze impropriamente prolungate (con rischio di esposizione a patologie nosocomiali), peggioramento della qualità della vita di pazienti, care-giver e familiari. Per affrontare il problema della continuità delle cure è stato definito un progetto per la definizione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma finalizzato a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistematizzare e strutturare percorsi interni all'AOU per gestire le dimissioni dai reparti ospedalieri in modo appropriato, sicuro e tempestivo; - intercettare precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti; - garantire la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali. 								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale				Direzione Aziendale	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.4.1.8	Polo Oncologico Provinciale						
Descrizione				Rendicontazione				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.4.1.8	Polo Oncologico Provinciale							
<p>La creazione di un polo oncologico provinciale interaziendale ha lo scopo di soddisfare il bisogno sempre più evidente di una presa in carico del paziente basata sulla centralità della persona, il cui percorso di cura non è sempre legato alla struttura ospedaliera di riferimento, ma attraversa l'intero ambito assistenziale territoriale, in modo da potersi facilmente adattare ai diversi setting assistenziali presenti in ambito provinciale, riducendo i disagi legati agli spostamenti.</p> <p>Il Polo Oncologico Provinciale nasce con l'intento di realizzare strette connessioni tra le Strutture ospedaliere presenti in ambito provinciale e tra i diversi setting assistenziali anche territoriali secondo il modello Hub & Spoke: Il nuovo modello si articola nella distinzione tra Strutture ospedaliere e Strutture territoriali, queste ultime rappresentate particolarmente dalla rete delle Case della Salute.</p> <p>Per quanto riguarda le Strutture ospedaliere si individua l'Azienda Ospedaliero Universitaria Parma con ruolo di Hub Ospedaliero per il complesso delle funzioni specialistiche. Il modello di rete si configura e si integra con l'interazione, all'interno di ciascuno dei quattro Distretti della Provincia, tra le funzioni Hub e Spoke Ospedaliere e la rete delle Case della Salute e i DH oncologici delle 2 strutture ospedaliere di Fidenza e Borgotaro.</p> <p>In ogni Distretto viene individuata una Casa della Salute Hub interconnessa con le altre Case della Salute di ambito territoriale di afferenza, che andranno a rivestire funzione di Spoke Territoriale. Per la realizzazione della Rete Oncologica così come delineata si propone di individuare una Casa della Salute Hub per Distretto nella quale sperimentare il modello e verificarne gli esiti.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale				Direzione Aziendale	Si/No		Si		

Sub-Area piano delle azioni	3.5	<u>Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	3.5.1	<u>Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La rete degli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma è stata correttamente classificata, secondo i combinati disposti del DM Salute 70/2015 e della DGR 2040/2015, quale sistema complementare ed integrativo della produzione assicurata dagli Ospedali Pubblici del territorio provinciale. Il contributo dato ai bisogni di ricovero espressi dal bacino d'utenza provinciale è determinante per assicurare l'autosufficienza nello stesso contesto territoriale. L'offerta assicurata dagli ospedali Privati Accreditati è variegata e completa, potendo contare su tre ospedali con discipline delle aree medica, chirurgica e di post - acuzie; su tre ospedali monospecialistici di riabilitazione e su un ospedale monospecialistico di area psichiatrica. Rispetto alle funzioni assicurate, si distingue una delle strutture di ambito riabilitativo, classificata dalla Regione Emilia - Romagna quale hub per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, sia per pazienti in età adulta che per pazienti in età infantile. Si tratta del Centro Cardinal Ferrari, che ha bacino d'utenza che supera il livello regionale, con afferenze da tutto il territorio nazionale.

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

Obiettivo	3.5.1.1	Ospedale Privato Accreditato "Città di Parma"
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
Partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie, nei limiti del budget concordato. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro. Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati . Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti	

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/2018- Allegato B - Capitolo 3
------------------------------	--------------	---	------------------------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza del cruscotto	Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg	SDO	% >=		90,00%
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg	SDO	% >=		90,00%
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	SDO	% >=		90,00%
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.5.1.2	Ospedale Privato Accreditato "Città di Parma"							
Descrizione			Rendicontazione						
Collaborazione di rete ospedaliera provinciale per garantire la tempestività delle risposte alle richieste di IVG chirurgiche entro i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla L. 194/78 e s.m.i.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Monitoraggio Salute Donna del Distretto di Parma			Atti Distretto Parma		Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.5.1.3	Ospedale Privato Accreditato "Città di Parma"							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della destinazione di 9 posti letto di lungodegenza per i trasferimenti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza nel Contratto di fornitura			Atti Direzione saniatría		Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.5.1.4	Ospedale Privato Accreditato Hospital Piccole Figlie							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni		
Obiettivo	3.5.1.4	Ospedale Privato Accreditato Hospital Piccole Figlie					
<p>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.</p> <p>Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro.</p> <p>Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati .</p> <p>Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti</p>							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/2018- Allegato B - Capitolo 3			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza nel Contratto di fornitura				Atti Direzione saniatra	Si/No		Si
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg				SDO	% >=		90,00%
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg				SDO	% >=		90,00%
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata				SDO	% >=		90,00%
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)				PNE	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	3.5.1.5	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital			
Descrizione				Rendicontazione	
<p>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. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro.</p> <p>Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati .</p> <p>Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti</p>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	3.5.1.5	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza nel Contratto di fornitura				Atti Direzione saniatra	Si/No		Si	
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg				SDO	% >=		90,00%	
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg				SDO	% >=		90,00%	
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata				SDO	% >=		90,00%	
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)				PNE	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	3.5.1.6	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital						
Descrizione	Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra di struttura pubblica .			Rendicontazione				
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza nel Contratto di fornitura				Atti Direzione saniatra	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	3.5.1.7	Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme						
Descrizione				Rendicontazione				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.5.1.7	Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme							
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"). Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza nel Contratto di fornitura					Atti Direzione saniatra	Si/No		Si	
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)					PNE	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.5.1.8	Ospedale Privato Accreditato Villa Igea di Salsomaggiore Terme							
Descrizione			Rendicontazione						
Conferma della messa a disposizione della rete ospedaliera provinciale dei posti letto cod. 56 e cod. 60, per trasferimenti di ricoverati da posti letto per acuti, con priorità di utilizzo per l'Ospedale di Fidenza. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza nel Contratto di fornitura					Atti Direzione saniatra	Si/No		Si	
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)					PNE	Si/No		Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.5.1.9	Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	3.5.1.9	Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato					
Utilizzo in rete provinciale di 6 posti letto codice 75, con estensione della possibilità di ricovero a casi in età pediatrica, nei limiti delle ripartizioni di budget concordate. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza nel contratto di fornitura				Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)				PNE	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	3.5.1.10	Ospedale Privato Accreditato Centro Don Gnocchi di Parma					
Descrizione			Rendicontazione				
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di riabilitazione intensiva ed estensiva. Partecipazione alle azioni straordinarie di committenza, rese necessarie in periodi critici, determinati da epidemie ed altro. Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza nel Contratto di fornitura				Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì
Accordi integrativi per far fronte a condizioni straordinarie.				Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)				PNE	Sì/No		Sì

Sub-Area piano delle azioni	3.6	<u>Monitoraggio della mobilità passiva</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	3.6.1	<u>Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La mobilità sanitaria passiva deve essere monitorata attentamente, in rapporto alle strutture di erogazione della rete ospedaliera provinciale. L'offerta di ricovero in ambito provinciale è completa e ben articolata, ma possono verificarsi condizioni temporanee di "crisi", che rendono necessarie azioni correttive da concordare con la rete delle strutture di ricovero. Anche i fenomeni di fidelizzazione ai Professionisti che si muovono verso strutture extra provinciali ed extraregionali possono configurare flussi non prevedibili di utenti e modalità di orientamento della domanda che non tengono conto delle possibilità quali-quantitative esistenti in ambito provinciale. Anche condizioni di elevata attrattività, per strutture di alta qualità, possono generare lunghe liste d'attesa, con effetto paradossale di aumento non giustificato della mobilità passiva, per ridotto utilizzo di strutture che hanno livelli qualitativi tecnicamente adeguati, ma non percepiti come tali.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.6.1.1	Monitoraggio della mobilità sanitaria passiva							
Descrizione			Rendicontazione						
Valutazione periodica dell'andamento della mobilità passiva, a confronto con la produzione delle strutture ospedaliere della rete pubblica e privata accreditata provinciale, ai fini di evidenziazione precoce di variazioni meritevoli di azioni correttive.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale					Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	

Sub-Area piano delle azioni	3.7	Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere
------------------------------------	------------	--

Settore	3.7.1	Inquadramento generale
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'Azienda USL di Parma, per attuare le norme nazionali e regionali sui controlli da effettuare sulle prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero, si avvale di una Funzione di Coordinamento di livello aziendale, qualificata con incarico di alta specializzazione (IAS); e di collaborazioni di personale Medico, delle Professioni Sanitarie e Tecnico- Amministrativo, operante presso le Direzioni Mediche di Ospedale, le Direzioni dei Dipartimenti delle cure primarie e della Direzione del DAISM-DP. Per particolari ambiti dei controlli sono reclutati anche Specialisti di settore (Riabilitazione e Psichiatria). 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 dati SDO); od estemporanei, quando si rilevano fenomeni meritevoli di approfondimento. In questi ultimi casi, vengono costituite commissioni ad hoc, con composizione multiprofessionale..

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

Obiettivo	3.7.1.1	Controlli anagrafici e di residenza
------------------	----------------	--

Descrizione	Attuazione dei controlli anagrafici/di residenza sull'intera casistica ospedaliera dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione Emilia-Romagna, con il rispetto dei termini di contestazione.		Rendicontazione
--------------------	---	--	------------------------

Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DM Salute 10/12/2009 pubblicato su GU n.122 27/5/2010
------------------------------	-------	---	------------------------------	---

Indicatore	Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Fonte del dato per l'indicatore	Atti Direzione Sanitaria	Udm / Confr.	Sì/No	Valore atteso intermedio	Sì	Valore atteso finale	Sì
-------------------	--	--	--------------------------	---------------------	-------	---------------------------------	----	-----------------------------	----

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

Obiettivo	3.7.1.2	Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.7.1.2	Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati							
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, analizzabile nel 2019, anche ai fini di valutazione qualitativa, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, di norma con l'utilizzo dell'Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici. Si è in attesa di nuove disposizioni regionali in materia, che potrebbero prevedere l'estrazione dei campioni statistici dei dimessi da parte degli stessi apparati regionali.									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 354/2012					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale					Database regionale "Portale controlli"	Si/No	Si	Si	
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati					Database regionale "Portale controlli"	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.7.1.3	Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta							
Descrizione			Rendicontazione						
Assicurare un programma di controlli di merito, sulla produzione analizzabile in quanto già inserita in banca dati SDO, sugli ospedali pubblici a gestione diretta, secondo le norme nazionali e gli indirizzi regionali, anche al fine del miglioramento della qualità, con l'utilizzo dell'Ufficio Mobilità per l'estrazione dei campioni statistici. Si è in attesa di nuove disposizioni regionali in materia, che potrebbero prevedere l'estrazione dei campioni statistici dei dimessi da parte degli stessi apparati regionali.									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 354/2012					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	3.7.1.3	Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì
					Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì

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

Sub-Area piano delle azioni	4.1	AREA TRASVERSALE
------------------------------------	------------	-------------------------

Settore	4.1.1	Obiettivi generali
----------------	--------------	---------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo scenario che si è concretizzato in questi ultimi anni 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 relative 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 si è diffuso, purtroppo, 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.

Gli obiettivi principali che si intendono perseguire nel corso del 2019 sono:

- 1) continuità dell'attività del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria quale strumento di condivisione tecnica, di linee e progettualità, su mandato della CTSS ed a supporto della stessa;
- 2) promozione e sostegno all'equità di accesso ai servizi socio sanitari;
- 3) prosecuzione dello sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;
- 4) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata della violenza di genere e della violenza domestica;
- 5) 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, anche con azioni di supporto alla formazione multiprofessionale.

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

Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
<p>Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria – in qualità di strumento tecnico a supporto della CTSS -, 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.</p> <p>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>	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 509/2007 DGR N.172/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Numero incontri				Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero >=		4,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.2	Area Anziani e Disabili - Verifica e sviluppo equità di accesso ai servizi socio sanitari						
Descrizione			Rendicontazione					
Definizione condivisa con UVG, SAA e Professionisti del DSM di criteri e strumenti di valutazione e percorsi di accesso alla rete dei servizi socio sanitari per gli anziani in carico al DSM.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1206/2007 DGR N.172/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N° incontri				Firme presenza, verbali	Numero >=		3,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.3	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	4.1.1.3	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili					
<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"> - prosecuzione di percorsi formativi di ambito distrettuale, rivolti ai gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, per l'applicazione delle raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia e percorso di miglioramento per la somministrazione di farmaci nelle CRA; - a seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona" prosecuzione del percorso formativo. 							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 514/2009			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N° incontri applicazione raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia				Firme presenza	Numero >=		3,00
N° incontri corso di prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona					Numero >=		2,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	4.1.1.4	Area Anziani e Disabili - Monitoraggio ed implementazione flussi informativi (FAR) nelle strutture residenziali per anziani					
Descrizione			Rendicontazione				
<p>Supporto tecnico alle attività degli operatori e referenti territoriali preposti alla rilevazione dei dati, anche a seguito dell'adozione da parte della RER di un innovativo modello di reportistica per il controllo della qualità dei dati ed implementazione programmata del sistema sulla base dei ritorni informativi per il monitoraggio dell'assistenza nelle strutture.</p>							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DM 17/12/2008 DGR 514/2010			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Incontri con referenti ed operatori FAR territoriali/distrettuali				Firme presenza	Numero >=		3,00

Obiettivo	4.1.1.5	Area Anziani e Disabili - Progetto fragilità			
Descrizione			Rendicontazione		
Sviluppo e programmazione del progetto "Gestione attiva della fragilità" nel Distretto Valli Taro Ceno					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1206/2007	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
N° incontri			Fogli presenza	Numero >=	2,00

Obiettivo	4.1.1.6	Area gravi disabilità acquisite – Diffusione e formazione del documento aziendale			
Descrizione			Rendicontazione		
A seguito dell'approvazione del documento aziendale "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità", condivisione con il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria dell'organizzazione a livello distrettuale della formazione con i professionisti di ambito sanitario e sociale. Condivisione, con le Commissioni distrettuali, dei criteri di accesso ai servizi a favore delle persone con gravi disabilità acquisite.					
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
N° incontri di formazione di ambito distrettuale			Firme presenza	Numero >=	2,00
N° incontri con le commissioni distrettuali			Firme presenza	Numero >=	1,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	4.1.1.7	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza di genere e Violenza domestica			
Descrizione			Rendicontazione		
Costituzione del del gruppo provinciale per il contrasto della violenza di genere e domestica					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	4.1.1.7	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza di genere e Violenza domestica						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N° incontri del gruppo provinciale				Firme presenza	Numero >=		3,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	4.1.1.8	Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole						
Descrizione			Rendicontazione					
Analisi e revisione dei progetti inseriti nel programma "AUSL per la Scuola" in collaborazione con le Direzioni dei Distretti e gli Uffici di Piano distrettuali al fine di creare connessioni con la programmazione del Piano di Zona annuale e triennale.								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 590/2013; DGR 901/2015; DGR 771/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Numero incontri				Firme presenza	Numero >=		3,00	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.9	Area Minori – ambito Tutela						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.9	Area Minori – ambito Tutela							
<p>Confermata la funzione di promozione dell'equità dell'offerta sociosanitaria nel territorio provinciale, si prosegue nell'attività di supporto e redazione degli Accordi Locali, in raccordo con il Gruppo Integrazione, formalizzati dai Comitati di Distretto nelle due aree ad alta complessità sanitaria e sociale Tutela e Malattie croniche complesse, a forte integrazione sociosanitaria a livello di programmazione, ed erogazione di percorsi integrati di cura. In particolare completata la redazione della bozza elaborata dal gruppo di lavoro nominato dal Comitato di Distretto di Fidenza, per il 2019 previa approvazione del Comitato di Distretto se ne prevede la diffusione ed applicazione. Nel Distretto Sud Est, dopo l'approvazione degli Accordi Locali da parte del Comitato di Distretto, viene confermata la disponibilità a svolgere funzioni di supporto nel gruppo di lavoro per la stesura delle procedure applicative degli Accordi, istituito su mandato della Presidenza del Comitato di Distretto. Confermata per il 2019 la partecipazione all'UVM Tutela Minori del Comune di Parma ai sensi della DGR 1102/12. Prosegue la partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali e distrettuali e alla formazione riguardo la Violenza di Genere per quanto attiene alla violenza assistita. Prosegue nel 2019 l'attività correlata alla funzione di referenza del Progetto 3.7 maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura, previsto dal PLA-PRP 2015-2018., promuovendo e favorendo la formazione integrata e specialistica, raccogliendo i dati richiesti dalla RER relativi alla rendicontazione sull'indicatore sentinella e sugli eventi formativi attivati nel territorio. Prosegue l'attività di referenza territoriale della 1677/13 su incarico della CTSS, promuovendo azioni di sistema attraverso la condivisione nel Gruppo Infanzia Adolescenza istituito presso la DASS e la collaborazione con AOU.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR N.172/2015 DGR 1677/2013					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N° incontri multiprofessionali				Fogli presenza	Numero >=		2,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.10	Salute in età pediatrica e adolescenziale							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.10	Salute in età pediatrica e adolescenziale							
In coerenza con Obiettivo 8 e con PLA scheda 3.7 accompagnare e sostenere le linee di indirizzo (DGR 1677/2013) anche attraverso la promozione di un programma formativo specifico sui quaderni per il professionista. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti promuovendo la collaborazione con i Servizi Sociali territoriali. Partecipazione al Gruppo di Coordinamento Regionale ai sensi della 1677/13.									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013 DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso					Flusso SISAMER previsto dalla DGR	% >=		80,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.11	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							
Descrizione					Rendicontazione				
Va perseguita la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda le novità relative delle quote a carico del FSR. Garantire il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di Noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati. Assicurare la corretta applicazione del decreto interministeriale di finanziamento del FNA che vincola il 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità, anche attraverso il puntuale inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza ad opera degli organismi competenti. Qualificare l'offerta residenziale di accoglienza temporanea, garantendo le norme regionali nel caso di dimissioni ospedaliere protette e le opportunità di accoglienza temporanea di sollievo. Rafforzare le iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA, con particolare attenzione al "Dopo di Noi".									

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	4.1.1.11	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza					
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
		Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali		Direzione Distretti	Si/No		Si
		Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi		Direzione Distretti	% >=		50,00%
		% giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA.		SAA Distrettuali	% >=		2,00%
		Realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione su tema dell'abuso indirizzate ed aperte a gestori e addetti (comprese strutture con meno di 6 posti), MMG, associazioni di volontariato, famiglie e caregiver		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
		Definizione e attuazione di programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"		Direzione Distretti	Si/No		Si

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	4.1.1.12	Rete delle cure palliative pediatriche					
Descrizione		<p>Su incarico congiunto delle Direzioni Sanitarie di AUSL e AOU, confermata per il 2019 la funzione di governance dell'UVMP interaziendale di AOU e di AUSL i cui membri sono stati individuati nel 2018 dalle DS, prosegue la funzione sperimentale di PUA come unico punto di accesso AUSL per i casi selezionati ad alta complessità assistenziale sociosanitaria con/senza presidi medici invasivi, affetti da gravissima pluridisabilità, accertati o eligibili per accertamento da parte delle Commissioni Distrettuali ai sensi della DGR 840/08, la funzione di supporto alla redazione dei PAI per le dimissioni protette di pazienti pediatriche con la collaborazione dei professionisti territoriali ed ospedalieri coinvolti sul caso, promuovendo il collegamento e la continuità assistenziali nei setting di cura domicilio, ospedale, con riferimento alla scheda 3 del PSSR 2017-2019. Con riferimento alla determina n2726 del 01/03/18 si opera in stretto raccordo con la referente delle CPP di AOU membro del nuovo Gruppo di coordinamento Tecnico Professionale istituito dalla RER.</p>					
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 919/18			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.12	Rete delle cure palliative pediatriche						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il I sem. 2018				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Settore	4.1.2	Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Sulla continuità di promozione all'interno del DASS di percorsi di miglioramento diagnostico terapeutici assistenziali per le persone con patologie di interesse riabilitativo a livello territoriale, con la realizzazione delle attività di governo clinico in tutte le sue estensioni, nel rispetto dell'appropriatezza dei percorsi, dei tempi d'attesa e dell'equità delle cure, perseguendo la diffusione di nuove tecnologie sanitarie, gli obiettivi generali che si intendono perseguire nell'anno 2019 sono sostanzialmente:</p> <p>1) Visite infantili per dismorfismi del rachide ai pazienti in età evolutiva.</p> <p>2) Conclusione, approvazione e diffusione del percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico".</p> <p>dell'assistenza domiciliare ai pazienti anziani con esiti di ictus.</p>		
		3) Miglioramento

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	4.1.2.1	Visite infantili dismorfismi del rachide in età evolutiva						
Descrizione			Rendicontazione					
Attività specialistica ambulatoriale con diagnosi, prescrizione della terapia riabilitativa ed ortesica e continuità assistenziale ai bambini in età evolutiva (9-18) con dismorfismi del rachide.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Report delle visite effettuate				database aziendale	Numero >=			7,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	4.1.2.2	Conclusione percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico"						
Descrizione			Rendicontazione					
Conclusione ed approvazione del percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico" tramite incontri ed organizzazione di una giornata di restituzione dell'elaborato ai professionisti coinvolti delle CRA provinciali.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	4.1.2.2	Conclusione percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico"						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					firme presenza	Numero >=		1,00
					firme presenza	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
Obiettivo	4.1.2.3	Miglioramento assistenza domiciliare ai pazienti anziani con esiti di ictus						
Descrizione				Rendicontazione				
Partecipazione ricerca ACTIVAGE , progetto europeo, multicentrico e su larga scala, per l'applicazione delle tecnologie e dei dispositivi IoT (Internet delle cose) negli ambienti di vita quotidiana delle persone over 65 anni con l'obiettivo di migliorare la salute degli anziani e favorire uno stile di vita attivo e autonomo anche in età avanzata.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					Firme presenza	Numero >=		2,00

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

Sub-Area piano delle azioni	5.1	<u>CURE PALLIATIVE</u>
------------------------------------	------------	-------------------------------

Settore	5.1.1	<u>Obiettivi generali</u>
----------------	--------------	----------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Sviluppo continuo Rete Cure Palliative con incremento delle azioni a livello territoriale riferite anche all' area pediatrica.

- Coinvolgimento dei Medici di medicina generale
- Promozione della cultura della palliazione fra tutti i professionisti coinvolti
- Informazione alla popolazione generale sulla funzione e sull'utilizzo dei servizi
- Equità di accesso qualità e appropriatezza delle Cure

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

Obiettivo	5.1.1.1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE			
------------------	----------------	---	--	--	--

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.1.1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE			
<p>La Rete deve individuare i punti di accesso, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici. Vanno individuate le interfacce, i compiti e le modalità di intervento dell'equipe, gli strumenti per valutare le performance (audit organizzativi e audit clinici), l'individuazione delle azioni di miglioramento. Dovranno essere individuate a livello locale e monitorate a livello regionale i percorsi di formazione utili a sviluppare sia le competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla rete di cure palliative, sia le competenze degli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative quali le strutture residenziali per anziani (CRA), le unità operative ospedaliere, l'ADI. In particolare, per le strutture residenziali per anziani sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri, OSS). Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche sarà istituito un gruppo tecnico che avrà il compito di definire precisamente la popolazione target di questa rete, le modalità di accesso e di dimissione e le relazioni fra i diversi nodi, e di valutare il potenziale sviluppo di PDTA specifici attraverso la costituzione di sottogruppi di lavoro. Sarà inoltre necessario promuovere lo scambio e il confronto di esperienze tra le diverse componenti della rete.</p>					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 DGR 1423/17	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	5.1.1.1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
			Nr. di malati oncologici deceduti in ospedale/Nr. di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale)	specifico flusso di riferimento	% >=	-5,00%
			Nr. di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti al domicilio) nei quali il periodo di rigo	specifico flusso di riferimento	% <=	25,00%
			Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete	atti U.O. formazione	Sì/No	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	5.1.1.2	Consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio				
Descrizione		Rendicontazione				
		Consolidamento dell'attività di presa in carico dei pazienti nella rete delle cure palliative, in relazione agli indicatori standard regionali, attraverso una strutturazione dei percorsi in integrazione con i Dipartimenti Cure Primarie.				
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato 2015 del Direttore Generale GPG/2012/1545, REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Cod.documento GPG/2016/1743 del 31/10/2016 DGR 1003/2016		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
			Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative	atti U.O. formazione	Sì/No	Sì
			Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore)	specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì
			Formalizzazione delle UCPD di base e specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015 e DPCM 12/01/2017	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.1.3	Sviluppo della rete delle cure palliative pediatriche			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto “la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna”, stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. L'Azienda dovrà riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale che si costituirà presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico</p>					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1898/12 GPG/2012/1929 DGR 1423/17	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP			specifico flusso di riferimento	Si/No	Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.1.4	Controllo del dolore			
Descrizione			Rendicontazione		
<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>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.4	Controllo del dolore							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12 GPG/2014/1661					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato			Verbali e registro presenze		Numero >=	2,00	4,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.5	Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguimento del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Percorsi integrati realizzati			Report piattaforma e-learning		Numero >=	20,00	40,00		
Attività del Polo Formativo SLA c/o Hospice Valle del Sole Borgo Val di Taro : numero operatori sanitari formati			report servizio formazione aziendale		Numero >=	60,00	120,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.1.6	Cure Palliative							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguire il percorso di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative (DGR 560/2015 e DGR1770/2016) in particolar modo completare la loro struttura organizzativa, le reti e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Completare la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari.									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.1.1.6	Cure Palliative							
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera		Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. di malati deceduti per causa di tumore					Specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%	
Nr. Annuo giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore (incremento rispetto al 2017)					Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	

Sub-Area piano delle azioni	5.2	<u>DEMENZE</u>
------------------------------------	------------	-----------------------

Settore	5.2.1	<u>Quadro generale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Recepimento del PDTA Regionale Demenze, miglioramento del sistema informativo per garantire una omogeneità e tracciabilità delle prestazioni erogate dai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) a livello aziendale e regionale</p> <p>Integrazione Ospedale - Territorio (CDCD, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, OsCo) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata.</p>		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.2.1.1	Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)						
Descrizione			Rendicontazione					
Dare piena applicazione a quanto previsto nel Piano regionale Demenze ed all'implementazione dei PTDA locali. Garantire il percorso di presa in carico integrata e corretta dei DPSD.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Stesura ed implementazione PDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale.				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza (DGR 429) Valore riferito all'anno 2016				Specifico flusso di riferimento	% <=			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	5.2.1.2	Miglioramento del sistema informativo						
Descrizione			Rendicontazione					
Mappatura dei CDCD che costituiscono la rete provinciale aziendale. Creazione dei CDCD sulla anagrafe regionale delle strutture , individuazione del relativo codice STS regionale e collegamento alle strutture create.								

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.2.1.2	Miglioramento del sistema informativo							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. 1.3 ; Delibera della RER 27/6/2016 n. 990					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza messa a regime del sistema informativo					Flusso ASA	Si/No			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.3	Ruolo dei Medici di Medicina Generale							
Descrizione				Rendicontazione					
Consolidare 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. Sostenere l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/n. complessivo delle visite					Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete					Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.4	Qualificazione della rete dei Servizi e sostegno alla domiciliarità							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.4	Qualificazione della rete dei Servizi e sostegno alla domiciliarità							
<p>Consolidare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni "inespressi". Ridefinire il percorso di accesso e di dimissione dal Nucleo Dedicato Demenze per assistenza residenziale temporanea -CS Sidoli</p> <p>Potenziare a livello provinciale l'attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona. Monitorare l'attività di collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (CDCD, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori). Continuare a livello provinciale le conferenze nei comuni e le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - punto 1.2					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. Accessi da tutti i servizi della rete	Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti			Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%		
N. Segnalazioni	Assistenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei servizi			Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%		
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza				Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00		

Sub-Area piano delle azioni	5.3	<u>EMERGENZA URGENZA-118</u>
------------------------------------	------------	-------------------------------------

Settore	5.3.1	<u>Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Indicazione delle azioni: Valutazione dell'adeguatezza, dell'efficacia, della sostenibilità della rete complessiva del soccorso territoriale e del livello dell'integrazione con le strutture di Pronto Soccorso		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	5.3.1.1	Assetto Organizzativo			
Descrizione			Rendicontazione		
Proseguimento della progettualità in ambito interaziendale finalizzata ad uniformare la gestione provinciale dell'emergenza.					
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Atto indirizzo aziende AUSL e OSP			verbali di DS	Sì/No	No
					Valore atteso finale
					Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.3.1.2	Qualificazione dei trasporti in emergenza in ambito di Stroke			
Descrizione			Rendicontazione		
Attivazione dell'istruzione operativa gestione del paziente con ictus da trasportare per trattamento di rivascolarizzazione endoarteriosa e rilevazione della tempistica dei casi trasferiti con trasporti secondari da Fidenza a Parma					
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Trasporto in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entro 5 ore dall'evento/casi di ictus elegibili per il trattamento di rivascolarizzazione			in atti Centrale Unica	% >=	
					Valore atteso finale
					90,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.3	Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Attivazione della procedura per l'accesso dei mezzi del sistema 118 ai Pronto Soccorso e alle UU.OO. Specialistiche dei Presidi Ospedalieri della Provincia di Parma.									
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Segnalazioni di mancata applicazione della procedura				in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.4	Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe							
Descrizione			Rendicontazione						
Entro la fine del 2019 dovrà essere approvato, dopo definitiva esercitazione generale									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio				in atti alla Direzione Presidio	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.1.5	Percorso formativo							
Descrizione			Rendicontazione						
In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	LR 44/2009 RER					

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.1.5	Percorso formativo							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N° medici formati/totale			in atti U.O. Formazione		% >=	25,00%	50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.3.1.6	Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento del Progetto con attivazione di nuove piazzole di atterraggio previste per il 2019: Fidenza, Parma, Borgotaro, Fornovo, Palanzano (loc. Ranzano e Isola), Calestano, Neviano, Busseto, San Secondo, Sissa e Pellegrino. L'attivazione di Polesine, Solignano, Varano e Tizzano (loc. Lagrimone) attualmente non è verificabile per motivazioni tecniche di competenza delle Amministrazioni Comunali.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
n. di piazzole verificate ed attivabili nel 2019			In atti Direzione Sanitaria		Numero >=	6,00	16,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.1.7	Progettazione del sistema di soccorso legato all'avvio del Progetto Lagrisalute							
Descrizione			Rendicontazione						
Progettazione e programmazione dell'attività medica ed infermieristica presso la postazione di Lagrimone									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Convenzione AUSL PR Società Autostrade CRI Pontetaro					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.3.1.7	Progettazione del sistema di soccorso legato all'avvio del Progetto Lagrisalute						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Ufficializzazione della procedura operativa					in atti a Direzione Sanitaria	Si/No		Si

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	5.3.1.8	Estensione competenze BLS-D						
Descrizione			Rendicontazione					
Passaggio del Centro di Formazione aziendale AUSL di Parma (FiFor) dall'affiliazione ad IRC ad quella con AHA, in coerenza con l'attuale affiliazione del Centro di Formazione BIOS dell'AOU di Parman in modo di creare una collaborazione sinergica tra i due centri.								
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DM 18 marzo 2011				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Trasferimento dell'affiliazione del Centro Fifer da IRC ad AHA					In atti alla U.O. Formazione	Si/No		Si

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	5.3.1.9	Centrali Operative e 118						
Descrizione			Rendicontazione					
Promuovere iniziative formative volte alla omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16.								
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale

Sub-Area piano delle azioni	5.4	<u>Politica del farmaco</u>
------------------------------------	------------	------------------------------------

Settore	5.4.1	<u>Governo dell'Assistenza Farmaceutica</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

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. Il Dipartimento Farmaceutico interaziendale nel 2018 ha dato avvio ad azioni integrate Ausl e AOU sulla politica del farmaco, con particolare riferimento all' area della continuità terapeutica ospedale territorio ,che dovranno essere sviluppate e migliorate nel 2019

Strumento fondamentale sarà , anche per il 2019, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti.

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

Obiettivo	5.4.1.1	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica
Descrizione		Rendicontazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.1	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica							
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria.</p> <p>Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO.</p> <p>Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni o dei trattamenti per le nuove terapie monoclonali.</p> <p>Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2. Al fine di raggiungere l' obiettivo di riduzione dei PPI, secondo i parametri regionali, dovrà essere attuato un piano di miglioramento, con un maggior coinvolgimento dei prescrittori ospedalieri per l' indotto sul territorio.</p>									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto				AFT	Si/No		Si		
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica(<= 48 DDD *1000 ab die)				Flusso SivER	Si/No		Si		
Prescrizione di ciascun farmaco (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER				Flusso SivER	Si/No		Si		
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare				Flusso SivER	Si/No		Si		
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)				Flusso SivER	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.2	Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa							
Descrizione			Rendicontazione						
Verrà attuata formazione/informazione ai MMG e PLS sulle linee guida di Regionali , con particolare riferimento alle aree critiche della farmaceutica convenzionata. In modo analogo verra condotta attività di informazione/ formazione ai medici ospedalieri.									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 901/2015					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenze incontri				Dipart. Farmac. Inter.	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.3	Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci							
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio delle attività correlate, in collaborazione con la U.O. Governo Clinico ,in merito alle Raccomandazioni regionali: 1 " 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. 2 "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli Istituti Penitenziari" Conclusione dell' audit , predisposto sull' utilizzo delle Immunoglobuline nell' area neurologica, in collaborazione con la U.O. di Governo Clinico. Nella revisione della procedura gestione clinica dei farmaci dovrà essere recepita la Raccomandazione ministeriale n 18 Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e la realizzazione dei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci. In particolare sarà concluso l progetto multicentrico di farmacovigilanza "USO APPROPRIATO E SICURO DEI MEDICINALI NEI PAZIENTI ANZIANI TRATTATI IN AMBITO TERRITORIALE O ISTITUZIONALIZZATI IN CASE RESIDENZA PER ANZIANI".									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.3	Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 901/2015				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenze documentali				Dipart. Farmac. Inter.	Si/No		Si	
Organizzazione audit				D.F.I./U.O. Governo Clinico	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.4.1.4	Continuità Terapeutica tra Ospedale e Territorio - Miglioramento organizzativo						
Descrizione				Rendicontazione				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	5.4.1.4	Continuità Terapeutica tra Ospedale e Territorio - Miglioramento organizzativo					
<p>Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale dovrà adottare una strategia orientata a promuovere una migliore integrazione tra ospedale e territorio sia in ambito provinciale che di area vasta in un'ottica di rimodulazione, omogeneizzazione e potenziamento dell'offerta assistenziale, di specializzazione delle prestazioni e di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse.,con particolare riferimento</p> <p>a:</p> <p>attività strutturate volte all'uso appropriato dei farmaci secondo le linee di indirizzo/ raccomandazioni della CRF e della CF AVEN ; proseguimento e sviluppo di incontri con i clinici della rete ospedaliera provinciale e dei monitoraggi periodici su classi di farmaci ad alto impatto economico; interventi mirati a favorire la piena adesione da parte di tutti i medici alla prescrizione di farmaci per principio attivo e presenti nel Prontuario RER/ Aven</p> <p>attività congiunte di presa in carico del paziente, sia in dimissione che dopo visita ambulatoriale presso tutti i punti di distribuzione diretta della provincia (Farmacie Ospedaliere e Polo Farmaceutico Unico), al fine di migliorare la qualità della prestazione e rendere omogenei gli interventi;</p> <p>potenziamento della distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica , con particolare riferimento ad A.O.U. ; per il raggiungimento dell'obiettivo verrà predisposto dalla la Farmacia Ospedaliera di AOU un piano di miglioramento organizzativo interno e rispetto ai percorsi di dimissioni.</p>							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 901/2015			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenze documentali				Dip. Farm . Int./ flussi AFO/FED	Si/No		Si
Adesione al PTR				Dip. Farm . Int.	% >=		98,00%
Prescrizioni per principio attivo				Dip. Farm. Int.	% >=		96,00%
Aumento distribuzione diretta in dimissione A.O.U.				Dip. Farm. Int.	Euro >=		753.000,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.5	Adozione di strumenti di governo clinico							
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dei Piani Terapeutici regionali informatizzati(portale SOLE) per la prescrizione e l'erogazione 1.dei farmaci . anticoagulanti orali 2. dei farmaci per il trattamento dell' epatite C 3. Farmaci per la reumatologia. 4. Farmaci per Sclerosi Multipla Per i NAO la prescrizione dovrà avvenire considerando, anche il rapporto costo/opportunità									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	901/2015; DGR 919/2018					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci anticoagulanti orali				Dip. Farm. Int.	% >=		90,00%		
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci per il trattamento dell' epatite C				Dip. Farm. Int.	% >=		100,00%		
Adesione alle raccomandazioni RER (contenimento della spesa)				Flusso SivER	Si/No		Si		
Incidenza num dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) su 1000 residenti (+/- 0,5%) (provincia)				Flusso SivER	Numero >=		2,20		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.6	Tracciabilità eccezioni prescrittive							
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo del nuovo applicativo regionale per tracciare le eccezioni prescrittive: off label, CNN, fuori PTR									
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Rapporto tra prescrizioni inserite in applicativo/ numero prescrizioni effettuate				Dip. Farm. Int.	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.1.7	Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2019							
Descrizione			Rendicontazione						
In attesa dell'assegnazione degli obiettivi da parte del Servizio Assessorato Distrettuale della Regione Emilia Romagna									
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2019 - variazione rispetto al 2018				Insider	% <=				
Acquisto ospedaliero di farmaci 2019 - variazione rispetto al 2018				Insider	% >=				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.8	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							
Descrizione			Rendicontazione						
contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	5.4.1.8	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti (<16DDD /1000 residenti)				InSider	Numero <=		16,00
Consumo giornaliero di fluorochinonoli in donne di età 20-59 anni (<1,4 DDD/1000 residenti)				SivER	Numero <=		1,40

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	5.4.1.9	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici					
Descrizione			Rendicontazione				
A livello provinciale adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità				Flusso SivER	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	5.4.1.10	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci per epatite C cronica					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci per epatite C cronica							
Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità . A livello provinciale									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919 /18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
la strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale.					Flusso SivER	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.11	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari							
Descrizione			Rendicontazione						
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso a livello provinciale									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	
Obiettivo	5.4.1.11	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Epoetine (consumo biosimilare epoetine-provincia)			Flusso SivER	% >=		90,00%
Ormone della crescita prescrizione farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara per la % del fabbisogno al termine della validità della stessa			Flusso SivER	% >=		80,00%
Anti TNF alfa - Biosimilare infliximab prescrizione nel rispetto dei risultati della gara			Flusso SivER	Sì/No		Sì
Anti TNF alfa - consumo biosimilare etanercept			Flusso SivER	% >=		60,00%
Follitropina (la %del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso)			Flusso SivER	% >=		60,00%
Rituximab endovena- prescrizione nel rispetto dei risultati della gara			Flusso SivER	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	
Obiettivo	5.4.1.12	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Insuline basali				
Descrizione			Rendicontazione			
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio. L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci, a livello provinciale.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo			
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Insuline basali			Flusso SivER	% >=		75,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.1.13	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica -Rinnovo Accordo DPC 2019			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.13	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica -Rinnovo Accordo DPC 2019						
L'intesa sulla distribuzione per conto (DGR327/2017), prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, DPC, distribuzione diretta.								
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata , dalla presa in carico alla DPC e alla Convenzionata				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.14	Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale						
Descrizione			Rendicontazione					
Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n.2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende Sanitarie hanno provveduto alla trasmissione e diffusione della delibera regionale ed emanato delle proprie regolamentazioni. Gli avanzamenti degli indirizzi regionali sull'informazione scientifica prevedono l'applicazione dei principi di trasparenza e di tracciabilità anche alle altre figure professionali per il settore del farmaco, diverse dagli informatori, che accedono alle strutture del SSR, al settore dei dispositivi medici e in generale a qualsiasi ulteriore tipo di informazione scientifica nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie quindi dovranno aggiornare le disposizioni già emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia condivisi con le associazioni di categoria, nonché mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione.								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.14	Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Adozione strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica.				Atti Dipartimento Farmaceutico	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.1.15	Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmacovigilanza						
Descrizione			Rendicontazione					
Promuovere la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigilFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919 /18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Nr. ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Nr. totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2017)				rete nazionale farmacovigilanza	% >=			

Settore	5.4.2	Governo dei dispositivi medici	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Si ritiene di inserire questo specifico settore al fine di dare la giusta valenza all'area dei Dispositivi Medici che interessano capillarmente numerosi processi sanitari e che sempre di più sono interessati da profonde innovazioni tecnologiche.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.2.1	Formazione a distanza (FAD)						
Descrizione			Rendicontazione					
Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, per l'anno 2019 si rende obbligatorio a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici la partecipazione al FAD relativo alla Dispositivo Vigilanza, attivo dal 5 dicembre 2018 e che vedrà altre tre edizioni per l'anno in corso								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Nr. operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Nr.totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici				Rilevazione aziendale	% >=		60,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.2.2	Alimentazione applicativo web-dedicato						
Descrizione			Rendicontazione					
Adesione ai percorsi regionali di inserimento delle richieste ordinarie di Dispositivi Medici, Dispositivi Medici Diagnostici in Vitr , di nuovo inserimento nel repertorio di Area Vasta all'interno dell'applicativo regionale WEB dedicato; aderenza al percorso relativo la richiesta di nuovi DM (NPV-Nucleo Provinciale di Valutazione).								
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.2.2	Alimentazione applicativo web-dedicato						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenze documentali					Dip. Farm. Inter.	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	5.4.2.3	Acquisto SSN dei dispositivi medici - alimentazione flusso DIME						
Descrizione			Rendicontazione					
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).								
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico					Flusso Di.Me.	% >=		95,00%
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico					Flusso Di.Me.	% >=		25,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.4.2.4	Uso appropriato dei dispositivi medici						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	5.4.2.4	Usso appropriato dei dispositivi medici					
<p>Tutti gli operatori sanitari devono dare applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche -dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza -dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) - terapia a pressione negativa. <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.</p>							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità (rispetto al 2017)				specifico flusso di riferimento	Euro >=		
Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità (rispetto al 2017)				specifico flusso di riferimento	Euro >=		
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità (rispetto al 2017)				specifico flusso di riferimento	Euro >=		
Spesa guanti non chirurgici, in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità				specifico flusso di riferimento	Euro >=		
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG				specifico flusso di riferimento	Euro >=		

Sub-Area piano delle azioni	5.5	<u>PATOLOGIE CRONICHE</u>
------------------------------------	------------	----------------------------------

Settore	5.5.1	<u>Nutrizione Artificiale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Obiettivo prioritario per l'anno 2019 è l'integrazione organizzativa e assistenziale con il Centro di Nutrizione Artificiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di raggiungere un miglioramento della qualità complessiva dei servizi e delle azioni dirette alle persone.		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	5.5.1.1	Mantenimento giornate e livelli di spese						
Descrizione			Rendicontazione					
Riduzione dei livelli di spesa raggiunti nel 2018 compatibilmente con l'adeguamento alle nuove tariffe giornaliere/giorno di trattamento come da aggiudicazione della gara regionale.								
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Volumi economici di spesa inferiori o uguali alla spesa rilevata nel 2018					DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.5.1.2	Equipe interaziendale						
Descrizione			Rendicontazione					
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.								
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.5.1.2	Equipe interaziendale						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Costituzione equipe					atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	5.5.1.3	Semplificazione della procedura prescrittiva						
Descrizione			Rendicontazione					
Prescrizione diretta di prodotti specifici per il trattamento della disfagia da parte dei fisiatri responsabili della valutazione								
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Formalizzazione della procedura da parte della Direzione Sanitaria					documento in atti alla direzione sanitaria	Sì/No	Sì	

Sub-Area piano delle azioni	5.6	<u>Sviluppo reti cliniche pediatriche</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	5.6.1	<u>Area Territoriale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	5.6.1.1	Profilo Pediatrico Distrettuale					
Descrizione			Rendicontazione				
Prosecuzione del progetto di ricerca in collaborazione con il Servizio di Assistenza Distrettuale della Regione Emilia Romagna per la definizione del Profilo Pediatrico Distrettuale con il fine di stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 172/15			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici				Verbalì riunioni	Numero >=		1,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.6.1.2	Patologie croniche pediatriche			
Descrizione			Rendicontazione		
Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con provvedimenti conseguenti: eventi formativi per PLS e attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso. Si rimane in attesa delle valutazioni del consolidamento delle azioni da concordare con la Direzione alla luce del nuovo piano vaccinale.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.2	Patologie croniche pediatriche							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso ed obeso di cui alla deliberazione N. 2071/2010-Approvazione del Piani Regionale della Prevenzione" DGR 780/2013					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Monitoraggio attività del percorso: n. bambini presi in carico presso ambulatoriale dell'obesità pediatrica					Verifica presso sedi ambulatoriali	Numero >=		100,00	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.3	Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2016 è stato avviato il progetto Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica della AUSL di Parma, in collaborazione con la Jefferson University. A ciascun PLS , attraverso un accesso personalizzato, viene data la possibilità di consultare un report che evidenzia i pazienti che, data la compresenza di fattori critici, risultano essere a maggior rischio di ospedalizzazione. Verranno organizzati incontri per approfondire le modalità di consultazione e azioni correlate a tale progetto.									
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza report					Portale RIT	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.6.1.4	Lotta all'antibioticoresistenza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.6.1.4	Lotta all'antibioticoresistenza							
Si definiscono i seguenti obiettivi: -Distribuire ai pediatri di libera scelta (PLS) i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. -Promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite -Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età <14 anni, come rilevato tramite il flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto fra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Nr. RAD per PLS distribuiti nell'anno (per PLS con almeno 800 assistiti)				Rilevazione aziendale	Numero >=		100,00		
Nr. RAD per PLS distribuiti nell'anno (per PLS con meno di 800 assistiti)				Rilevazione aziendale	Numero >=		50,00		
Vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello std. minimo di compilazione (>50 schede anno /PLS)				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica				InSider	% <=		85,00%		
Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato.				InSider	Numero >=		1,49		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.5	Promozione dell'Allattamento -Pediatría di Comunità							
Descrizione			Rendicontazione						
Si definiscono i seguenti obiettivi: Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare e migliorare i tassi di prevalenza di allattamento.									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.6.1.5	Promozione dell'Allattamento -Pediatría di Comunità						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite				Flusso AVR	% <=		10,00%	
% allattamento completo a 5 mesi.				Flusso AVR	% >=		36,68%	
% allattamento completo a 3 mesi.				Flusso AVR	% >=		55,93%	
% non allattamento a 3 mesi				Flusso AVR	% <=		20,53%	
% non allattamento a 5 mesi				Flusso AVR	% <=		28,69%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	5.6.1.6	Piano di prevenzione vaccinale						
Descrizione				Rendicontazione				
<p>Si dovranno garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (a partire dai nati dal 1-1-2018); -l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005; -l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'herpes Zoster ai 65enni. <p>Inoltre deve essere data piena attuazione a quanto previsto dalla legge nazionale 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13 del 22-12-2017 che fornisce indicazioni in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.</p> <p>È necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche.</p>								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.6.1.6	Piano di prevenzione vaccinale							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24° mese)						Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno						Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006						Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazzi della coorte di nascita 2006						Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.6.1.7	Tempestività nella scelta del PLS alla nascita							
Descrizione				Rendicontazione					
Agevolare la possibilità di effettuare tempestivamente la scelta del PLS alla nascita analizzando in collaborazione con l'U.O. Salute Donna le situazioni che possono ritardare la procedura di assegnazione.									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% di bambini per cui è stato scelto il PLS entro 2 gg dalla nascita						ARA-SDO	% >=	50,00%	50,00%

Settore	5.6.2	Area Ospedaliera
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Per il 2019 l'U.O. di Pediatria di Vaio ha come obiettivo la costante crescita degli standard qualitativi assistenziali anche di fronte alle sfide legate al costante turn over del personale e in un'ottica di integrazione di percorsi e procedure con il centro di riferimento HUB provinciale. Per ottenere un miglioramento continuo delle skills individuali e di equipe si intende sviluppare questo percorso attraverso la continuazione del programma di formazione per il personale medico ed infermieristico del proprio reparto ma anche aperto ai reparti con i quali si interagisce</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	5.6.2.1	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione			
Descrizione		Rendicontazione			
Formazione e sviluppo di competenze: -organizzazione di corsi di rianimazione neonatale e assistenza neonatale in urgenza -organizzazione di corsi PBLS pediatrici. -organizzazione di corsi per la sensibilizzazione alla terapia del dolore in età pediatrica.					
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	Accordo Stato Regioni 16.12.2010 punto 8. Linee guida SIN DGR 1423 del 02/10/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019 punto 31. Rianimazione neonatale in sala parto e stabilizzazione del neonato. Linee guida SIMEUP Rianimazione Pediatrica		
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
N. di corsi di formazione			U.O. Formazione	Numero >=	3,00
					6,00

Sub-Area piano delle azioni	5.7	<u>Psicologia Clinica e di Comunità</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	5.7.1	<u>Quadro Generale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Predisposizione UOS come previsto dalla delibera dell'istituzione della UOC di psicologia Clinica Depressione post partum). E' stato elaborato un documento che descrive gli interventi		Sono stati prodotti documenti per i percorsi previsti dai PDTA (SM e psicologici all'interno dei CDCD.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.7.1.1	Regolamento tirocini							
Descrizione				Rendicontazione					
Regolamentare l'accesso degli psicologi tirocinanti all'interno dei servizi ed individuare il tutor di riferimento responsabile delle presenze e delle funzioni svolte.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale				Regione	Si/No		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.7.1.2	Omogeneizzare le prestazioni erogate nei consultori							
Descrizione				Rendicontazione					
Nei 4 Distretti all'interno dei consultori operano gli psicologi ,con le nuove direttive regionali è necessario costituire un gruppo di lavoro per ridefinire le prestazioni psicologiche.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	linee di indirizzo Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER atto n. 14 del 06/09/2013					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.7.1.2	Omogeneizzare le prestazioni erogate nei consultori						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale				Regione	Sì/No		Sì	

Area	6	PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI
-------------	----------	---------------------------------------

Sub-Area piano delle azioni	6.1	<u>Il Sistema Informativo a supporto della programmazione</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	6.1.1	Obiettivi 2018
----------------	--------------	-----------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

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 2019 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 2018-2020 e nel Piano triennale degli investimenti 2018-2020.

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

Obiettivo	6.1.1.1	Azioni di sviluppo
------------------	----------------	---------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci dedicate nella sezione tecnologie informatiche .

Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale
------------------------------	-------	---	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
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 2018 - 2020	Piano degli investimenti 2018 -2020 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%

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

Obiettivo	6.1.1.2	Azioni di consolidamento
------------------	----------------	---------------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.2	Azioni di consolidamento							
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci nella sezione tecnologie informatiche con particolare riferimento alla voce 2013/20-3									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 1.1 Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
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 2018 - 2020				Piano degli investimenti 2018 -2020 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%		
Proseguimento della pianificazione delle azioni relative alle misure sicurezza AGID				Documento pianificazione	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.3	Information Communication Technology (ICT)							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società LEPIDA sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento.</p> <p>Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), assicurare collaborazione e supporto .</p> <p>FSE: Le Aziende entro il 31/12/2018 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS , offerta prenotazioni online, pagamenti online (DGR 919/18 pag. 91 di 106)</p>									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.3	Information Communication Technology (ICT)						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE					specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-area amministrativo-contabile (GAAC)					specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-software GRU					specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale(per FSE)					specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP					specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%
Attivazione infrastruttura PagoPA					collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì
dematerializzazione buoni celiachia					collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì
attivazione anagrafe vaccinazione real time					collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	6.1.1.4	Information Communication Technology (ICT)					
Descrizione					Rendicontazione		
<p>Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento.</p> <p>Software unico dei comitati etici: Le aziende dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e i servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca.</p> <p>Cartella clinica unica regionale informatizzata del DSM-DP: nel 2018 sarà avviata la procedura per l'acquisizione del sw unico regionale per la gestione dei DSM-DP. Le aziende dovranno garantire la partecipazione alle attività richieste con DPG/2017/12828 (DGR 919/18 pag. 92 di 106)</p>							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	6.1.1.4	Information Communication Technology (ICT)					
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo- Software unico dei comitati etici				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%
partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale- cartella clinica unica				specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione	
Obiettivo	6.1.1.5	Information Communication Technology (ICT)				
Descrizione				Rendicontazione		
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Software unico per sistema trasfusionale: Le aziende dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo della piattaforma applicativa sw. Nuovo sistema informativo unitario servizi sociali (SIUSS nazionale): Le aziende dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni secondo quanto previsto dalla normativa. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18/04/2012.(DGR 919/18 pag. 93 di 106)						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	6.1.1.5	Information Communication Technology (ICT)					
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza				specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS				specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero				specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.1.6	Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi			
Descrizione			Rendicontazione		
Le aziende sono chiamate a partecipare al progetto di interconnessione delle banche dati, basate sull'identificazione del paziente, garantendo il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente, la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati. (DGR 919/18 pag. 93 di 106)					
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.6	Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGE	specifico flusso di riferimento	% <=	1,00%
					Adesione alle azioni richieste da NSIS	specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%
					Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)	specifico flusso di riferimento	% >=	95,00%
					Rispetto scadenze adeguamento flussi	specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%
					Incidenza variazione dei dati (media annuale)	specifico flusso di riferimento	% <=	20,00%
					Completezza dei dati nel mese di competenza	specifico flusso di riferimento	% >=	85,00%
					ridefinizione strumento informatico per la gestione percorsi	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No	Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.7	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata						
Descrizione					Rendicontazione			
					Soddisfazione adempimenti LEA C.14, C.15: Spesa farmaceutica. Con l'obiettivo di adottare strumenti, tipici del controllo di gestione, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale sono richieste, alle Aziende Sanitarie: soddisfazione adempimenti LEA C.14, C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.			
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 919/18				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.7	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					Rispetto dei tempi d'invio delle relazioni mensili (n. relazioni mensili inviate entro i termini)	specifico flusso di riferimento	% >=	90,00%
					Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=	10,00%
					Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=	10,00%
					Presenza prodotti nei flussi vs. flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%
					Rispetto dei tempi invio flussi FRNA - Invio flussi/dati entro i tempi	specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%
					ridefinizione strumento informatico per la gestione percorsi (+ 5% rispetto al 2018)	collaudo sistemi informatici di riferimento	% >=	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.1.1.8	Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera						
Descrizione					Rendicontazione			
					Trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentale per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito). Rilevazione dei tempi di attesa: nell'ambito delle attività richieste alle Aziende ed oggetto di monitoraggio, prioritariamente vi sarà quanto definito dalla DGR 272/2017 per la soddisfazione dei tempi di attesa (prospettici) dei ricoveri programmati attraverso l'implementazione dei sistemi SIGLA 2.0.			
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					integrazione data repository con AOUPR	collaudo sistemi informatici di riferimento	Si/No	Si

Sub-Area piano delle azioni	6.2	<u>ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	6.2.1	<u>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento</u>
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Direzione Strategica a seguito della visita di verifica per rinnovo con variazioni dell'accreditamento istituzionale, ai sensi della L.R. 34/1998 e s.i.m. aziendale, ritiene necessario intraprendere un percorso attraverso cui rendere pervasivo in tutta l'Azienda il metodo gestionale fondato sul sistema qualità. Si prevedono a tal proposito i seguenti sotto-obiettivi: 1) Audit interni di livello Az.le/Dip./UOC/Uffici di Staff per verificare lo stato del sistema qualità aziendale rispetto agli otto (8) criteri descritti dal modello: prestando particolare attenzione al ciclo completo di valutazione strategica; 2) Attività Informativa/formativa, rivolta ai professionisti delle Articolazioni az.li, gli incontri affronteranno il tema del lavorare per obiettivi, analizzando le strategie del sistema qualità, gli strumenti e le risorse necessarie; 3) Valutazione di aderenza ai PDTA aziendali nell'ambito del sistema qualità; 4) Supporto ai Direttori di Dipartimento per la predisposizione del Piano delle Attività; 5) Supporto alla Direzione Strategica del documento semestrale riguardante il Riesame della Direzione; 6) Predisposizione della domanda di autorizzazione regionale per il Centro di PMA di Primo Livello - Ospedale di Fidenza; 7) Supporto e consulenza Unità interaziendale Formazione per l'accreditamento della funzione di Provider.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.1	Supporto alla attività di preparazione alle verifiche di accreditamento istituzionale							
Descrizione			Rendicontazione						
Attività di audit interno per accertare lo stato del Sistema di Gestione Qualità al fine di valutare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento.									
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacciamento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Audit interno rivolto al DCP (entro il 30/07/2019)					Verbali di audit	Si/No		Si	
Audit interno rivolto al DAISM-DP (entro il 30/06/2019)					Verbale di audit	Si/No		Si	
Audit interno rivolto al Dipartimento Medico e della Diagnostica - P.O. Azle (entro il 31/12/2019)					Verbali di audit	Si/No		Si	
Audit interno rivolto al Dipartimento Chirurgico - P.O. Azle (entro il 31/12/2019)					Verbali di audit	Si/No		Si	
Audit interno rivolto al Dipartimento Emergenza - Urgenza interaziendale (entro il 31/12/2019)					Verbali di audit	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.2.1.2	Attività di consulenza e affiancamento all'accreditamento istituzionale						
Descrizione			Rendicontazione					
Attività di consulenza e supporto alle Strutture che si trovano in fase di preparazione all'Accreditamento Istituzionale. Nello specifico il 2019 vede coinvolti due Servizi: il Centro PMA - I Livello - dell'Ospedale di Fidenza e l'U.O. interaziendale Formazione per la funzione di Provider.								
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Consulenza e supporto al percorso di accreditamento istituzionale			Audit verifica requisiti specifici	Sì/No	Sì			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.2.1.3	Attività informativa/formativa sul tema di lavorare per obiettivi e della valutazione strategica						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.3	Attività informativa/formativa sul tema di lavorare per obiettivi e della valutazione strategica							
<p>Ogni volta che occorre apportare dei cambiamenti al Sistema Qualità scaturati da: un reclamo del cliente, da un feedback negativo, da una criticità evidenziata in un prodotto/Servizio, da un giudizio negativo derivante dal personale interno, dai risultati delle verifiche ispettive interne, dagli output del riesame della Direzione, ecc.) è necessario pianificare le attività in maniera controllata e sistemica oltre che puramente operativa. Questo significa: 1) identificare chiaramente la modifica da apportare; 2) chiarire bene lo scopo del cambiamento; 3) stabilire cosa debba essere fatto e perché; 4) ipotizzare quali potrebbero essere le eventuali conseguenze positive (opportunità da cogliere) e negative (rischi da evitare o da mitigare); 5) decidere come garantire il mantenimento dell'integrità del sistema (ad esempio decidendo se occorra una nuova procedura o rivederne una già esistente, mantenere nuove registrazioni, fare nuovi interventi formativi, riesaminare alcuni obiettivi, istituire nuovi processi di controllo, ecc.); 6) pianificare quali risorse saranno necessarie (tempo, strumenti, persone, ecc). Per supportare e coinvolgere i professionisti in questo percorso sono stati ipotizzati momenti informativi/formativo allo scopo di supportarli nel processo di pianificazione dei cambiamenti, al fine di acquisire un atteggiamento proattivo nei confronti della gestione del cambiamento.</p>									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Strutturazione di eventi formativi sul tema della pianificazione, controllo, verifica e miglioramento					Accreditamento ECM eventi formativi	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.4	Valutazione al grado di aderenza dei PDTA aziendali							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.4	Valutazione al grado di aderenza dei PDTA aziendali							
<p>L'accreditamento istituzionale, con il suo corredo di requisiti di gestione e di natura tecnico professionale, fornisce un modello utile per sostenere buone pratiche di tenuta "in controllo" di processi organizzativi, diagnostici e assistenziali, con ricadute rilevanti sulla qualità della assistenza ai pazienti. La definizione e l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) rappresenta una occasione per le strutture e gli operatori della sanità per dimostrare la capacità di organizzare le propria attività coerentemente ai principi di conformità, appropriatezza, efficacia della cura e della assistenza. Il modello di accreditamento, essendo sistemico nell'approccio alla organizzazione e specifico ed aggiornabile nei contenuti, fornisce una cornice di riferimento utile a sostenere tali nuove modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, per tale ragione, l'Ufficio Qualità, previo puntuale censimento dei PDTA aziendali, si impegnerà nell'attività di valutazione metodologica dei PDTA per i soli aspetti relati al sistema qualità</p>									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Verifica PDTA con check list regionale e verbale conseguente				Verbale di audit	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.5	Supporto alla stesura del Piano Attività							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.5	Supporto alla stesura del Piano Attività							
Ad integrazione dei documenti aziendali di programmazione e per realizzare il ciclo di verifica dei risultati si ritiene necessario strutturare un documento "Piano delle Attività/Documento di Programmazione a medio termine" attraverso il coinvolgimento delle Articolazioni aziendali, nell'ottica dell'integrazione con la Direzione Strategica. Il documento consentirà di definire: obiettivi, attività, individuazione di un responsabile/referente incaricato, modalità adottate; risorse messe in campo, all'interno dei Dipartimenti/UOC/Articolazioni aziendali. Il documento andrà a completare per la Direzione il sistema di programmazione, verifica, riprogrammazione e rendicontazione delle attività di controllo dei Servizi.									
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Affiancamento ai Direttori dei Dipartimenti per la stesura del Piano Attività					Elaborazione documento	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.6	Supporto alla Direzione per il Riesame della Direzione							
Descrizione			Rendicontazione						
Il riesame della Direzione dovrebbe essere condotto al fine di valutare l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità e di migliorarlo su base continua. A seguito del monitoraggio degli obiettivi, semestralmente l'Azienda dovrebbe pianificare il documento: RIESAME della DIREZIONE, il documento dovrà riportare gli elementi in ingresso, indicando gli elementi di input, in altre parole, cosa deve fare la direzione in termini di valutazione e gli elementi in uscita al riesame stesso. Trattasi di un'attività rilevante per la Direzione, sia nel senso del suo valore strategico sia per le attività preparatorie che esso comporta. Ogni Articolazione dovrà prevedere sintesi dei diversi aspetti in ingresso al riesame che via via si producono e si aggiornano.									
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.2.1.6	Supporto alla Direzione per il Riesame della Direzione						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attività di supporto alla Direzione Strategica per la verifica al primo semestre 2019 del riesame della direzione					Riesame direzione	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	6.2.1.7	Indagine Regionale "Casa Qualità"						
Descrizione			Rendicontazione					
Monitoraggio soddisfazione utenti delle Case della Salute, attraverso la collaborazione con l'indagine regionale "Casa Qualità. L'esperienza degli utenti nelle case della Salute". Raccolta consensi informati presso le CdS e i PA individuati dal progetto (CdS Bedonia, Medesano, Busseto, S.Secondo; Poliambulatori Fidenza e Fornovo) e collaborazione con ASSR nelle successive fasi di sviluppo del progetto.								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. consensi raccolti					Report ASSR	Numero >=		500,00
Partecipazione incontri gruppo di progetto regionale					Atti ASSR	Numero >=		2,00

Sub-Area piano delle azioni	6.3	<u>Governo Clinico</u>
------------------------------------	------------	-------------------------------

Settore	6.3.1	<u>Quadro generale</u>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

Obiettivo	6.3.1.1	Riqualificazione del sistema di raccolta della produzione scientifica aziendale
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Mantenimento, in collaborazione con il servizio comunicazione, di un processo sistematico di raccolta, tassonomizzazione e pubblicazione su intranet della produzione scientifica della azienda

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo
------------------------------	--------------	--	------------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
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

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

Obiettivo	6.3.1.2	Sicurezza delle cure
------------------	----------------	-----------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.2	Sicurezza delle cure							
<p>Applicazione adempimenti previsti dalla L. 24/17 e degli std. qualitativi ospedalieri previsti dal DM 70/15-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/17 sugli incidenti verificatisi, sugli eventuali fattori causali individuati e sulle azioni di miglioramento messe in atto. - Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2019 - Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità di raccolta , analisi e valutazione dei dati ed evidenza di possibili azioni di miglioramento su UU.OO coinvolte. Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di strutture non segnalanti nel 2018 -Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, applicazione SSCL di sala operatoria (progetto SOS-NET) 									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/17 per incidenti verificatisi				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
PPSC:Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Incident Reporting: evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di strutture non segnalanti nel 2018				specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00		
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016: utilizzo SSCL (check list di sala operatoria) - per una copertura SDO su procedure AHRQ4 come da indicatore				specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016: utilizzo SSCL (check list di sala operatoria) - linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 come da indicatore				specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.3	Sicurezza delle cure							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.3	Sicurezza delle cure							
<p>I dati disponibili dalle segnalazioni e provenienti da altre fonti informative confermano che un altro ambito meritevole di particolare attenzione è quello relativo alla sicurezza in chirurgia, rispetto al quale è necessario attuare le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali e continuare ad effettuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare).</p> <p>Bisognerà inoltre garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente e del foglio unico di terapia (FUT). Un requisito previsto dal sopracitato decreto è anche quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere proposti eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit). Il coinvolgimento dei cittadini dovrà essere favorito attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day. Occorre inoltre continuare l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente e mettere in atto le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.</p>									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Adozione braccialetto identificativo (% di copertura sulle UU.OO. di degenza di degenza)				specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
Evidenza di conduzione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia (% casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici -materni)				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		
Effettuazione visite per la sicurezza(Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del foglio unico di terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica (almeno 1 UU.OO.)				specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD (% di partecipazione degli operatori sanitari delle suddette aree)				specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.4	Lesioni da pressione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Le aziende sono tenute ad aggiornare le loro procedure, pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo. Le lesioni da pressione rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero sia territoriale, con forti implicazioni sulla salute, sociali ed economiche. L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione. Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, abbiamo completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione. Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali).</p>									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%			
Num. di UU.OO. di area medica presso le quali è stato condotto un audit clinico-assistenziale (di processo)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00			
Num. di UU.OO. in ambito chirurgico presso le quali è stato condotto un audit clinico-assistenziale (di processo)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.5	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.5	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza							
<p>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 SChER).</p> <p>Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo.</p> <p>Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica .</p> <p>sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi. (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP)</p>									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)				specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate in regime di degenza ordinario(litri per 1000 gg di degenza)				specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		
Predisposizione di un report annuale di Ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate				specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		
% Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.6	Programma regionale gestione diretta dei sinistri							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.6	Programma regionale gestione diretta dei sinistri							
Sviluppo di un progetto aziendale di smaltimento di casi ancora pendenti anteriori all'avvio del programma regionale. Adesione alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, valutazione CVS). Alimentazione del data base "gestione dei sinistri" che costituisce sia adempimento per le aziende sia strumento di monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri (DGR 919/18 pag.88 di 106)									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Presentazione entro il 30/06/2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
% sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12				specifico flusso di riferimento	% >=		87,50%		
Grado di completezza del database regionale (%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)				specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.7	Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.1.7	Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017			
<p>La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento" prevede che esse siano redatte secondo lo schema dell'atto pubblico, della scrittura privata autenticata, o della scrittura privata consegnata personalmente dal disponente all'ufficiale dello stato civile, presso il proprio Comune di residenza, cui compete l'onere della annotazione in un apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7 del medesimo articolo; Il Comma 7 dell'articolo 4 prevede che qualora la Regione adotti modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possa, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati.</p> <p>Le Aziende sanitarie dovranno garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l'informazione richiesta ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. In particolare, con riferimento alle modalità telematiche di raccolta di copia delle DAT che la Regione adotterà, le Aziende Sanitarie dovranno garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali. In particolare le Aziende dovranno nel corso del 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> -adattare i propri sistemi informatici, al fine di recuperare da ARA (Anagrafe Regionale Assistiti), se presenti, le informazioni sul luogo nel quale la DAT è depositata e le informazioni sui fiduciari; - attivare a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture sanitarie che si interfacciano e interagiscono con le DAT; -promuovere azioni di comunicazione verso i cittadini al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT 					
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.1.7	Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017							
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati					flusso ARA	% >=		90,00%	
Numero di partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT.					specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	
Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini					specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Sub-Area piano delle azioni	6.4	Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
------------------------------------	------------	--

Settore	6.4.1	Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
----------------	--------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2018 sono:

- la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici,
- supporto al Piano Sociale e Sanitario
- Partecipazione ai progetti di innovazione sociale,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,

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

Obiettivo	6.4.1.1	Medicina di genere (Scheda 9)
------------------	----------------	--------------------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. Fondamentale è l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.

Per il 2019 si prevede di attivare almeno 1 iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con partecipazione di operatori compresi i medici convenzionati.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18
------------------------------	--------------	--	------------------------------	-------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza evento formativo	Atti U.O. formazione	Numero >=		1,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	6.4.1.2	Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)					
Descrizione			Rendicontazione				
Dare avvio al Piano Interaziendale per l'Equità							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si
Utilizzare strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) per vulnerabilità sociali popolazione di riferimento del proprio territorio				Specifico flusso di riferimento	Si/No		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	6.4.1.3	Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi. Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:</p> <p>a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;</p> <p>b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).</p> <p>Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata</p>					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	6.4.1.3	Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Evidenza incontri				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	6.4.1.4	Riordino dei Comitati Etici					
Descrizione				Rendicontazione			
<p>La segreteria del CE di AVEN inclusa la segreteria locale per la provincia di Parma e la direzione aziendale hanno assicurato, nel corso del 2018, la partecipazione alla sperimentazione della piattaforma informatica regionale Sirer .</p> <p>Nel 2019 secondo i tempi e i modi definiti a livello regionale sarà dato avvio all'utilizzo della piattaforma : la segreteria del CE di AVEN inclusa la segreteria locale per la provincia di Parma e la direzione aziendale assicureranno il loro contributo alla fase di attivazione .</p>							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Collaborazione all'avvio dell' utilizzo della piattaforma SIRER				Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica	
Obiettivo	6.4.1.5	Sviluppo del Progetto ACTIVAGE				
Descrizione				Rendicontazione		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
Obiettivo	6.4.1.5	Sviluppo del Progetto ACTIVAGE						
<p>L'Azienda sta sviluppando con altri partner (LEPIDA, Università degli Studi di Parma, CNR_ISTE di Pisa, AURORADOMUS, WIND TRE e IBM) il progetto ActiveAge che nasce nell'ambito del Programma Quadro HORIZON 2020, sul tema "IoT-01-2016 Large Scale IoT Pilots: Pilot 1 - Smart living environments for ageing well (vd link https://www.ausl.pr.it/azienda/activage_progetto_emilia_romagna/activage_progetto_emilia_romagna.aspx) . Il progetto in corso ha lo scopo di sviluppare tecnologie per gli ambienti di vita delle persone con età = 65 anni affette da stroke, sfruttando innovativi smart-sensors IoT (Internet of Things), finalizzati a supportare un controllo attivo sugli esiti della malattia con lo scopo di prolungare e sostenere la vita indipendente nei loro ambienti di vita e, al tempo stesso, rispondere alle reali esigenze dei caregivers, dei fornitori di servizi e dei sistemi sanitari nazionali . Il 2019 vedrà l'Azienda impegnata ad un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per la segnalazione degli utenti potenzialmente arruolabili nel progetto e all'attivazione di focus group come strumento per l'ottenimento di dati qualitativi atti a rilevare e migliorare l'analisi del contesto e in particolare nelle relazione user- caregiver e operatori sanitari, ad integrazione della raccolta dei dati quantitativi rilevati con sensori IoT, schede e questionari.</p>								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Incontri con i Medici di Medicina Generale all'interno dei Nuclei di Cure Primarie				direzione aziendale	Si/No		Si	
n. focus group eseguiti				direzione aziendale	Numero >=	2,00	3,00	

Area	7	<u>IL SISTEMA AZIENDA</u>
-------------	----------	----------------------------------

Sub-Area piano delle azioni	7.1	<u>LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	7.1.1	<u>Quadro generale</u>
----------------	--------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La presente parte enuclea obiettivi ed azioni che nella generale organizzazione aziendale fanno capo alle funzioni amministrative e di supporto, oppure operano e richiedono impegni di natura trasversale, investendo competenze ed attività di tutte le articolazioni, oppure ancora prevedono il coinvolgimento integrato delle aree tecniche, amministrative, sanitarie, unitamente alle competenze gestionali.

Gli obiettivi definiti trovano naturalmente radicamento in percorsi a suo tempo avviati e conferma nelle linee regionali di programmazione e che per diverse aree rappresentano lo sviluppo nell'anno 2018 di quelle dettate negli obiettivi di mandato e che comunque prevedono attuazione in un arco temporale superiore all'annualità.

Seppure gli obiettivi sono definiti come generali, per ognuno degli argomenti vengono declinati obiettivi specifici che assumono particolare rilevanza, per i quali è previsto un forte impegno da parte delle articolazioni interessate.

I temi principali considerati sono:- Integrazioni in area tecnica e amministrativo/gestionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e relazioni organizzative con le aree distrettuali

- Mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori entro i 60 gg
- Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e revisioni organizzative connesse
- Realizzazione di tutte le attività propedeutiche all'avvio del nuovo sistema informatico GAAC
- Certificabilità del bilancio aziendale
- Sviluppo del sistema di Internal

Auditing

- Integrità e

Trasparenza

- GDPR - Regolamento UE n. 2016/679 in materia di

Privacy

- Definitiva andata a regime degli addebiti per mancate disdette prestazioni specialistiche - Attivazione del sistema di incassi definito PagoPA

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

Obiettivo	7.1.1.1	Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.1	Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria							
I servizi tecnici ed amministrativi integrati tra le due aziende provinciali nel corso dell'anno 2018 hanno effettuato una riflessione sugli assetti a distanza di 2 anni dall'avvenuta integrazione, proponendo nuovi regolamenti organizzativi; nel corso del 2019 i direttori dei dipartimenti e dei servizi dovranno attuare i contenuti dei nuovi regolamenti organizzativi, consolidare le relazioni organizzative e procedurali con le direzioni amministrative distrettuali. Inoltre occorrerà formalizzare l'integrazione dei servizi ICT e valutare ulteriori forme di integrazione/collaborazione.									
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Delibere di adozione dei nuovi regolamenti organizzativi				Approvazione delibere	Si/No	Si	Si		
Delibera di integrazione servizi ICT				Approvazione delibere	Si/No	No	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.2	Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza			
Obiettivo	7.1.1.2	Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza						
<p>Le normative in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (legge n. 190/2012 anticorruzione nella pubblica amministrazione, decreti legislativi n. 33/2013 e n. 97/2016 sulla Trasparenza, DPR n. 62/2013 di approvazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici le più importanti) hanno visto impegnata l'Azienda dal secondo semestre del 2013, mediante l'attività di promozione e coordinamento del Responsabile unico aziendale. Negli anni, l'adozione dei Piani per la prevenzione della corruzione e dei Programmi per la Trasparenza sono stati oggetto di impegno per le varie unità organizzative aziendali ed oggetto di diffusione sul sito web aziendale, agli stakeholder aziendali, agli organismi di verifica e controllo, alle Strutture, Servizi, dipendenti e collaboratori. Dall'anno 2017 si è elaborato un unico documento di piano integrato interaziendale con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma (AUSL e AOU), anche in relazione all'avvenuta integrazione delle aree tecnico amministrative. In corso l'elaborazione del nuovo Piano Anticorruzione 2019/2021, che confermerà l'impostazione interaziendale e l'integrazione con la materia della Trasparenza.</p> <p>Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2019: (SEGUE)</p>								
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 919/2018				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza			
Obiettivo	7.1.1.3	Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza						
Descrizione	Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza
Obiettivo	7.1.1.3	Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza			
<p>1) Il Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) è tenuto ad elaborare la proposta di Piano per la prevenzione della corruzione 2018/2020 entro il 31 gennaio, comprensivo della materia della Trasparenza, ed in forma integrata tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria; il nuovo Piano conterrà i necessari riferimenti all'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'Autorità nazionale con deliberazione n. 1074 del 21 novembre 2018, pubblicata in GU n. 296 del 21 dicembre 2018</p> <p>2) Il Responsabile è tenuto a svolgere le attività di impulso e coordinamento del sistema e dei monitoraggi, secondo le previsioni normative e le indicazioni contenute nel Piano</p> <p>3) Il Responsabile è tenuto all'elaborazione della Relazione annuale prevista dalla legge n. 190/2012 e alle attività prodromiche all'attestazione dell'OIV degli adempimenti in tema di Trasparenza</p> <p>4) Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento</p> <p>5) Tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano anticorruzione costituiscono parte integrante del presente Piano Azioni e, più in generale, del Piano Performance, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti</p> <p>6) Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale</p> <p>7) Tutte le articolazioni aziendali indicate nel Piano sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo le competenze e le modalità previste nella tabella analitica inserita nel Piano stesso</p> <p>8) Tutte le articolazioni sono tenute a trattare le eventuali istanze di accesso civico generalizzato, secondo le indicazioni del regolamento specifico contenuto in allegato nel Piano per la prevenzione della corruzione</p> <p>9) Proseguimento diffusione del Codice di Comportamento approvato nel maggio 2018 da parte delle unità organizzative, e suo monitoraggio da parte dell'Ufficio di Disciplina</p> <p>10) Avvio dell'attuazione del Progetto di rafforzamento dei controlli su alcuni processi individuati in area trasparenza e anticorruzione, in collaborazione tra ufficio RPCT e Servizio Internal Auditing</p> <p>11) Attivazione piattaforma informatica per segnalazioni illeciti (whistleblowing)</p> <p>12) Prosecuzione attività di acquisizione modulistica su conflitti di interessi mediante la piattaforma GRU da parte del Dipartimento Risorse Umane</p>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.3	Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	Legge n. 190/2012 Decreto Legislativo n. 33/2013 DGR n. 919/2018					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
documenti di monitoraggio, note varie RPCT, Relazione annuale RPCT, relazioni delle unità organizzative					EVIDENZA DOCUMENTALE	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.1.1.4	Miglioramento qualità inventario aziendale							
Descrizione	<p>Nell'ambito del percorso di avvicinamento alla certificabilità del bilancio il tema dell'inventario aziendale riveste una particolare rilevanza; dovrà pertanto essere riproposta la gara di affidamento dell'incarico di ricatalogazione delle tecnologie biomediche che non è stato possibile aggiudicare nel corso del 2018.</p>			Rendicontazione					
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 150/2015					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Aggiudicazione gara ricatalogazione tecnologie biomediche					Evidenza documentale	Si/No	No	Si	
Evidenza anomalie individuate e corrette					Report dedicato	Si/No	No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.5	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							
Descrizione	<p>La procedura di gestione documentale Babel è ormai diffusa e a regime ordinario, nel corso del 2019 occorrerà procedere alle revisioni operative concordate con il gruppo di progetto delle aziende bolognesi.</p>			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.5	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza attività				Specifico flusso di riferimento	Si/No	No	Si		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.6	Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).</p> <p>Le aziende sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.</p>									
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Indice di tempestività dei pagamenti				Specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00		
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.7	Il miglioramento del sistema informativo contabile							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario). Assicurare, nel corso del 2018, 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 .</p> <p>Garantire l'alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra RER e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.</p>									
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio				Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.8	Sviluppo della funzione di Internal Auditing							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nel corso del 2018 è stato adottato il regolamento dell'attività di Audit; nell'anno 2019 il servizio dovrà svolgere le funzioni previste dal Piano di attività adottato dalle direzioni aziendali e pluriennale di attività. Particolare attenzione dovrà essere posta alle integrazioni con le misure di prevenzione della corruzione.</p>									
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	7.1.1.8	Sviluppo della funzione di Internal Auditing						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Predisposizione Piano attività			Evidenza documentale		Si/No	No	Si	
Attività svolta			Report di audit		Si/No	No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.1.1.9	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile						
Descrizione			Rendicontazione					
Nel 2019 l'azienda deve predisporre il Piano di Avvicinamento al GAAC in una ottica interaziendale, al fine di garantire l'avvio a far tempo dal 1/1/2020 come da programma regionale								
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Predisposizione Piano di Avvicinamento			Evidenza documentale		Si/No	Si	Si	
Avvio utilizzo software dal 1 gennaio 2020			Specifico flusso di riferimento		Si/No	No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.1.1.10	Partecipazione al percorso di miglioramento del sistema di Qualità Aziendale						
Descrizione			Rendicontazione					
I servizi tecnici ed amministrativi dovranno avviare un percorso di adeguamento al Ciclo della Qualità aziendale, secondo le coordinate che verranno fissate dalla direzione aziendale, nell'ambito delle attività di miglioramento suggerite dalla recente visita di accreditamento istituzionale								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.10	Partecipazione al percorso di miglioramento del sistema di Qualità Aziendale							
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfaccimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza attività svolta			Report dedicati		Si/No	No	Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	7.1.1.11	Progressiva andata a regime degli addebiti per mancate disdette							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso dell'anno 2018 l'azienda ha ridotto in modo considerevole il gap temporale tra mancata presentazione dei cittadini alle prestazioni specialistiche e l'invio della lettera di contestazione della sanzione. Nel corso del 2019 occorre ridurre ulteriormente tale tempistica, che non dovrà essere superiore, a fine anno, ai 180 giorni.									
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 377/2016					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Invio nota di contestazione entro 180 gg dalla mancata presentazione			Report di attività		Numero <=	240,00	180,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.12	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali							
Descrizione			Rendicontazione						
Il regolamento europeo 679/2016 ha introdotto rilevanti novità in tema di Privacy; l'azienda dovrà proseguire il percorso di progressivo allineamento alla nuova disciplina, con particolare riferimento al censimento dei trattamenti e alla relativa valutazione di impatto, al tema del dossier sanitario e dell'organigramma delle responsabilità. L'azienda dovrà relazionarsi sia con il livello regionale sia con quello di Area Vasta, nell'ambito degli specifici gruppi di lavoro.									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.12	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Adozione delle nuove regole di gestione del Dossier Sanitario					Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	
Miglioramento registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE2016/679)					Specifico flusso di riferimento	Si/No	No	Si	
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale					Specifico flusso di riferimento	Si/No	Si	Si	
Adozione del nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali					Evidenza documentale	Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.13	Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie							
Descrizione					Rendicontazione				
Le Aziende sanitarie nel corso del 2018 sono tenute a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle linee guida RER; proseguire nel perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili in vista dell'avvio del GAAC; superare criticità emerse dai monitoraggi regionali sullo stato di attuazione del PAC, recepire osservazioni e suggerimenti del Collegio Sindacale; aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. Le aziende sono tenute ad istituire la funzione di Audit Interno come previsto dalla L.R. 29/04. Nel contesto aziendale, esauriti gli adempimenti connessi con le revisioni limitate, occorrerà consolidare il percorso di revisione delle procedure sulla base delle indicazioni del Collegio Sindacale, delle valutazioni interne e delle eventuali variazioni organizzative intervenute. Dovrà inoltre essere portato a termine il percorso di adozione di tutti i nuovo regolamenti funzionali al percorso PAC.									
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		Riferimento Normativo	DGR 919/18				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	7.1.1.13	Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Delibera di adozione dei regolamenti			Evidenza documentale		Si/No	No	Si	
Elaborazione ed adozione versione rivista delle procedure amministrativo contabili			Evidenza documentale		% >=	30,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.1.1.14	Avvio del sistema di riscossione degli incassi aziendali denominato PagoPA						
Descrizione			Rendicontazione					
L'azienda dovrà avviare nel corso del 2019, e secondo le scadenze previste dalla normativa, tutte le azioni per rendere operativo il nuovo sistema di riscossione dei proventi aziendali.								
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Avvio operativo del sistema PagoPA			Flusso informativo di riferimento		Si/No	No	Si	

Sub-Area piano delle azioni	7.2	<u>Le strategie di integrazione in Area Vasta</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	7.2.1	<u>Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
L'Area vasta sempre più si caratterizza come momento di sintesi e di confronto fondamentale tra le aziende per innumerevoli tematiche, sia sanitarie che tecnico-amministrative. Con particolare riferimento a queste ultime le tematiche sono di seguito evidenziate.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.2.1.1	Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione			
Descrizione			Rendicontazione		
L'attività di Aven, in un percorso di continuità, si concentrerà soprattutto nell'area degli acquisti, con riferimento sia alle procedure di gara sia all'interpretazione ed attuazione dei dettati normativi e delle indicazioni fornite tempo per tempo da ANAC. Continuerà poi l'attività dei gruppi di lavoro, nell'ambito dei quali in particolare si completerà il percorso avviato in tema di agenti contabili e si avvierà il gruppo dedicato al personale convenzionato, oltre ad affrontare le tematiche che le novità normative o le valutazioni delle aziende suggeriranno di affrontare.					
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo		
Indicatore	Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
			Verbali gruppi di lavoro, report direzione operativa AVEN	Sì/No	Sì
					Valore atteso finale
					Sì

Sub-Area piano delle azioni	7.3	<u>I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO</u>
------------------------------------	------------	---

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

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. Il Dipartimento Valutazione e Controllo ha, da alcuni anni, ampliato lo spettro delle competenze acquisendo la parte amministrativo-contabile del processo di acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate, (funzionalmente afferente alla struttura complessa "Committenza dei Servizi Sanitari Ospedalieri" della Direzione Sanitaria Aziendale), che nel 2019 si amplieranno ulteriormente con la acquisizione del coordinamento dei Flussi Informativi Regionali, nell'ambito del Tavolo Tecnico sulla statistica ed i Sistemi Informativi sanitari e Sociali.

Nel processo complessivo di integrazioni con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, si proseguirà nella integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo nell'ambito del processo complessivo di integrazione.

Proseguirà altresì il consolidamento della 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 sempre più a perseguire il collegamento tra programmazione, gestione economica e valutazione delle performance.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.1	Integrazione funzione programmazione valutazione e controllo AUSL - AOU							
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento del processo di integrazione della funzione di programmazione, valutazione e controllo con l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, a partire dalla omogeneizzazione degli strumenti di programmazione e di un sistema di reportistica su temi di interesse comune.									
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende		Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza Incontri				Dip. Val. Cont.		Si/No	Si	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.2	Ciclo della Performance ed Armonizzazione dei Documenti di Programmazione Aziendali							
Descrizione			Rendicontazione						
Adeguamento agli indirizzi della Delibera OIV n.3/2016 e consolidamento del 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. Sviluppo specifico dello strumento per il monitoraggio degli obiettivi assegnati all'Azienda dalle Linee di Programmazione Regionali. Sperimentazione della compilazione del Piano Azioni direttamente su GZoom da parte di alcuni referenti, con gestione distribuita, personalizzazione delle stampe e rappresentazione grafica degli indicatori mediante gauges.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibere OIV 1/2014, 2/2015 e 3/2016					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza Documentale				Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.3	Miglioramento Processo di budget							
Descrizione			Rendicontazione						
Applicazione del Regolamento di Budget aziendale, redatto in conformità alle Linee di Indirizzo Regionali; consolidamento del collegamento tra gli obiettivi di budget e la performance individuale									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibera OIV 5/2017					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza Documentale				Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.4	Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.4	Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate							
Consolidamento delle attività della funzione amministrativo-contabile del processo di acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate all'interno del Dipartimento Valutazione e Controllo, sviluppo delle specifiche competenze anche per l'alimentazione dello specifico flusso informativo regionale, e sviluppo di una reportistica dedicata. Nel 2019 sarà avviata in questo servizio la gestione ordini delle prestazioni sanitarie a privato accreditato in procedura. Nell'anno verrà consolidato l'utilizzo della procedura GHOST per i controlli sul fatturato dimessi.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Avvio attività				Dip. Val. Cont.	Si/No	Si	Si		
Evidenza reportistica				Dip. Val. Cont.	Si/No	Si	Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.5	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2019 le aziende dovranno assicurare la collaborazione per l'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, assicurando la partecipazione dei collaboratori al tavolo GAAC ed ai gruppi di lavoro, e l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.6	Cruscotto Case della Salute							
Descrizione			Rendicontazione						
Rafforzamento del "Cruscotto Multidimensionale" delle Case della Salute, con indicatori direttamente misurabili dai flussi sanitari correnti, al fine di predisporre una reportistica strutturata delle Case della Salute, utile sia ai fini gestionali che per valutazioni strategiche. L'obiettivo è rendere il cruscotto lo strumento operativo volto alla valutazione degli obiettivi presenti nei mandati assegnati alla direzione aziendale.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza cruscotto				Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.3.1.7	Progetto Regionale Risk-ER e supporto a progetti di ricerca							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Coordinamento del Progetto Regionale Risk-ER; supporto alla diffusione dei Report ai Dipartimenti Cure Primarie e nelle Case della salute al fine di promuovere la presa in carico dei pazienti a rischio alto e molto alto di ospedalizzazione e lo sviluppo di interventi di medicina di iniziativa.</p> <p>L'Azienda collabora con importanti Istituti Universitari e con la ASR 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 2019 sono in corso le seguenti collaborazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cergas Bocconi (BPCO) - Cerismas Cattolica - ASR (valutazione economica PDTA e misurazione impatto Case della Salute) 									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.3.1.7	Progetto Regionale Risk-ER e supporto a progetti di ricerca							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza programma di diffusione				Dip. Val. Cont	Si/No		Si		
Evidenza attività				Dip. Val. Cont	Si/No		Si		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.3.1.8	Sviluppo competenze e formazione							
Descrizione				Rendicontazione					
<p>Nel 2019 verrà ripresa la formazione in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano, "Strategia aziendale e strumenti del controllo direzionale: un'analisi critica" che coinvolgerà anche figure, sia di profilo sanitario che di profilo amministrativo, di altre articolazioni, con il fine di promuovere la cultura aziendale in tema di controllo direzionale e creare sinergie operative utili a consolidare il sistema di programmazione, valutazione e controllo aziendale.</p> <p>Proseguirà, inoltre, la formazione focalizzata sugli aspetti operativi relativi all'interrogazione ed all'analisi delle banche dati sanitarie attraverso l'utilizzo del software MICROSOFT SQL SERVER, Banca Dati Relazionale che attualmente ospita i Data Base utilizzati dai Sistemi MUSA e Targit. Ci si aspetta la maturazione di competenze di interrogazione diretta del suddetto software.</p> <p>E' stata richiesta la partecipazione del Servizio all'evento formativo: "La protezione dei dati personali alla luce della GDPR: nuove regole in materia di protezione e trattamento dei dati personali e alla libera circolazione degli stessi".</p>									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza Eventi				U.O. Formazione	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.9	Sistema Informativo Controllo di Gestione							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2019 verrà effettuata attività di manutenzione dei software Musa e Targit, con particolare attenzione ai database obsoleti, e all'aggiornamento dei cubi e relativi report di recente attivazione. I dati saranno integrati in maniera sistematica con quanto contenuto nel CDW (Clinical Data Warehouse). Verrà inoltre completamente ristrutturato il database ed il relativo report dinamico contenente gli indicatori delle Case della Salute.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale			
Percentuale aggiornamento flussi correttamente realizzati			Sistema Informativo del Dipartimento	% >=		100,00%			
Utilizzo del CDW come fonte di alimentazione della reportistica			Sistema Informativo del Dipartimento	Si/No		Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.10	Reportistica dinamica Targit							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2019, in conseguenza del nuovo layout di navigazione frutto dell'upgrade del sistema, Targit verrà ottimizzato con una nuova veste grafica più snella, in modo da garantire più rapida navigazione agli utenti non sviluppatori tramite browser Chrome e Firefox. Si svolgeranno momenti di formazione con il personale che utilizza Targit in modo costante. Sarà effettuato un costante aggiornamento dei contenuti dei report presenti e saranno integrati nuovi report dinamici.									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.3.1.10	Reportistica dinamica Targit						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Sviluppo, diffusione ed ottimizzazione del Cruscotto web			Targit		Si/No		Si	
Organizzazione corsi di formazione			Targit		Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.3.1.11	Sistema Informativo – banche dati – adempimenti						
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Prosegue nel 2019 il monitoraggio, l'integrazione e la gestione del database dei flussi informativi da e verso la regione ed il ministero, al fine di facilitare l'assolvimento dei debiti informativi che alimentano il sistema informativo regionale e ministeriale. Questi dati sono contenuti in un database suddiviso per tipologia di flusso, e catalogati in base alle diverse specifiche (tipologia di flusso, categoria, nome, responsabili, scadenze etc). Il database verrà di volta in volta aggiornato in base alle eventuali modifiche che, nel corso del tempo, potrebbero rendersi necessarie, e che saranno rilevate svolgendo un periodico controllo ad opera del Controllo di Gestione e dei vari referenti dei flussi.</p> <p>Inoltre, nell'ambito del "TAVOLO REGIONALE DI COORDINAMENTO TECNICO SULLA STATISTICA ED I SISTEMI INFORMATIVI SANITARI E SOCIALI", come da Determina Regionale DPG/2018/13923 del 21/08/2018, il Dipartimento Valutazione e Controllo è chiamato a prendere in carico la responsabilità della funzione di coordinamento dei flussi informativi regionali. In particolare, tale funzione prevede una sempre maggiore aderenza alle specifiche tecniche-normative relative ai flussi sanitari, da un lato recependo con celerità le innovazioni prodotte dal suddetto Tavolo Regionale, dall'altro collaborando con i vari Referenti Sanitari e Tecnici Aziendali delle aree assistenziali interessate.</p>								
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 830/17, DPG/2018/13923 del 21/08/2018				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale			Dip. Val. Cont.		Si/No		Si	
Avvio funzione di coordinamento aziendale dei flussi informativi regionali			Dip. Val. Cont.		Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.12	Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Nell'anno 2019 proseguirà la produzione della reportistica adottando le consolidate procedure di analisi delle attività sanitarie e dei corrispondenti costi di funzionamento, secondo modalità e tempi indicati sia da linee normative che da esigenze di puntuale e tempestiva lettura a supporto delle figure gestionali. Per quest'ultima esigenza sono previsti l'applicazione di nuovi indicatori e la revisione, in collaborazione con i Servizi coinvolti, dei set informativi.</p> <p>Le Aree assistenziali attualmente considerate riguardano la Salute Donna, gli Hospice, le Gravissime disabilità acquisite in età adulta, le Cure intermedie, l'Assistenza domiciliare, la Nutrizione Artificiale, la Sanità negli Istituti Penitenziari, i Ricoveri nell'Area Salute Mentale Adulti, la Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza e, per i soli costi attribuiti per Centri di Responsabilità, i due macro-dipartimenti della Sanità Pubblica e del DAI-SMDP. L'eventuale comparsa di esigenze valutative in altre Aree assistenziali trova piena disponibilità del Dipartimento a formalizzare nuovi modelli d'analisi.</p> <p>Alla Dimensione Informativa si affiancherà quella Informatica, con il permanente allineamento tra il sistema gestionale di Decision Support System (MUSA) e l'architettura dei vari report.</p> <p>Specificatamente per l'ADI e la qualità delle informazioni inerenti il Flusso Informativo regionale SIADI, i rilevanti risultati ottenuti in passato suggeriscono il mantenimento dell'attività di monitoraggio anche per l'anno 2019.</p>									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Evidenza documentale				Atti Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.3.1.13	Predisposizione di un Dashboard di sintesi dell'attività e dei costi DCP							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.3.1.13	Predisposizione di un Dashboard di sintesi dell'attività e dei costi DCP							
Completata una versione di sintesi della reportistica DCP, ci si prefigge l'obiettivo di creare un Dashboard sulla piattaforma Targit che contenga la presentazione dei dati salienti in forma grafica. Tale Dashboard è indirizzato prevalentemente alla Direzione Distrettuale/DCP									
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Predisposizione del Dashboard DCP				Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		

Sub-Area piano delle azioni	7.4	<u>LA FORMAZIONE</u>
------------------------------------	------------	-----------------------------

Settore	7.4.1	Obiettivi generali e specifici
----------------	--------------	---------------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo Generale dell'SC Formazione è la costruzione di un offerta formativa, rivolta ai professionisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e dell'AUSL di Parma, adeguata rispondere ai bisogni di competenze delle diverse strutture aziendali, nonché ad accompagnare i percorsi di lavoro finalizzati al raggiungimento di alcuni obiettivi aziendali prioritari quali: l'umanizzazione delle cure, la rimodulazione delle strutture organizzative, il miglioramento delle esperienze di tirocinio, la sicurezza delle cure, il benessere organizzativo. Inoltre sarà prioritaria la semplificazione dei percorsi di accesso alla formazione e la costituzione di un sistema qualità coerente alla nuova struttura di provider unico.

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

Obiettivo	7.4.1.1	Accreditamento Provider ECM
------------------	----------------	------------------------------------

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Nel mese di maggio 2019 è prevista la visita, da parte della commissione regionale, per l'accREDITamento della funzione di provider ECM a completamento della visita di accREDITamento per la funzione di governo della formazione avvenuta lo scorso dicembre per la quale si è in attesa del verbale della Regione. In continuità con il 2018 prosegue dunque il lavoro di integrazione, redazione ed emissione di procedure e documenti unici.

Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 1331/2011 (AccREDITamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (AccREDITamento provider ECM) DGR 1604/2015
------------------------------	--------------	---	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Verbale Commissione Regionale	Protocollo Aziendale	Sì/No	Sì	Sì
N. evidenze emesse	Sistema Informativo	Numero >=	3,00	3,00

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

Obiettivo	7.4.1.2	Consolidamento Sistema informativo a supporto del Provider
------------------	----------------	---

Descrizione	Rendicontazione
--------------------	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.4.1.2	Consolidamento Sistema informativo a supporto del Provider							
<p>Nel corso del 2019 è prevista la realizzazione dei seguenti progetti di miglioramento nel sistema informativo a supporto delle attività del Provider:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo del modulo che permetterà il pagamento informatizzato delle docenze interne su WHR Time - sviluppo di un calendario unico e visibile dell'offerta formativa visibile al personale di entrambe le Aziende - sviluppo di un modulo per la gestione informatizzata dell'albo docenti - Gestione delle informazioni e della documentazione integrata del settore sul portale unico: informazione dell'utente, modulistica, vademecum per la formazione, gestione reclami, standard di prodotto e carta dei servizi. 									
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N. progetti realizzati/N. progetti programmati*100					Sistema Informativo	% >=	50,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.3	Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori della Settore Formazione e per i referenti della formazione							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) del Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori del settore e per i referenti della formazione delle articolazioni di entrambe le Aziende.</p> <p>Nel corso del 2019 si prevede la programmazione di almeno 2 giornate.</p>									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR OIV 1/14					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate					Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.4	Formazione E-learning - Portale E-Learning Sanità Parma							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2019 si intende proseguire con lo sviluppo della formazione e-learning erogata attraverso la piattaforma Foraven: 1. Migliorando l'accesso alla piattaforma ed ai corsi e-learning ai dipendenti di AOU con autenticazione shibboleth o Ldap 2. Programmando, sviluppando e gestendo nuovi percorsi formativi e-learning									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N. percorsi formativi e-learning realizzati/ N. percorsi formativi e-learning programmati					Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	7.4.1.5	Formazione specifica in medicina generale							
Descrizione			Rendicontazione						
Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali) Monitoraggio della rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale Per le aziende anche sede di attività didattica teoriche: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento dell'attività didattica									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Documento di sintesi sulle azioni intraprese					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	
Relazione sul funzionamento della rete					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.6	DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						
Orientare l'attività formativa verso lo sviluppo di competenze professionali									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo					Specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00	
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni					Specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	

Sub-Area piano delle azioni	7.5	<u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u>
------------------------------------	------------	--

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'attività di comunicazione aziendale nel 2019 punta all'ottimizzazione organizzativa delle risorse professionali assegnate, per migliorare ulteriormente l'efficienza e dunque la qualità dei servizi e dei prodotti già forniti. Le priorità delle azioni 2019 sono: maggiore attenzione all'applicazione degli obblighi di trasparenza e ascolto per la comunicazione pubblica, anche attraverso nuove forme di rendicontazione e reportistica; prosecuzione del progetto sperimentale social media e sua estensione anche ad altre piattaforme oltre Facebook; partecipazione al progetto regionale "Urp che vorrei", quale Azienda capofila su invito della ASSR; consolidamento della produzione di video brevi per comunicazione esterna (social) e interna. Su indicazione delle Direzioni delle due Aziende sanitarie, proseguiranno le attività di comunicazione integrata con l'Ospedale Maggiore.

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

Obiettivo	7.5.1.1	Realizzazione di campagne informative
------------------	----------------	--

Descrizione	Implementazione delle campagne informative regionali, realizzazione di campagne aziendali integrate, inter-aziendali o di Area Vasta. Prosecuzione della campagna informativa interna-esterna aziendale a supporto della realizzazione della nuova ala ospedaliera di Vaio, e della riqualificazione delle UO dell'ospedale di Borgotaro.		Rendicontazione
--------------------	---	--	------------------------

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017
------------------------------	-------	---	------------------------------	---

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Campagne totali di comunicazione esterna realizzate	evidenze doc.li	Numero >=	10,00	20,00

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

Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo
------------------	----------------	------------------------------

Descrizione	Realizzazione grafica e stampa di strumenti cartacei di comunicazione interna ed esterna, applicando tecniche e principi di Health Literacy in base alla progettualità regionale prevista dal Piano sociale e sanitario, quindi in collaborazione con lo specifico gruppo aziendale di lavoro.		Rendicontazione
--------------------	--	--	------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017 ; DGR 919/20018 ; D.Lgs.33/2013			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)				evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	25,00	60,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti		
Obiettivo	7.5.1.3	Eventi comunicativi aziendali					
Descrizione	Progettazione e realizzazione di eventi comunicativi aziendali di particolare rilevanza e impatto sulla comunità di riferimento, nonché organizzazione diretta di eventi di considerevole impatto aziendale.		Rendicontazione				
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Numero eventi organizzati				evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	1,00	2,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.5.1.4	Sito Internet, servizi online e portale ER Salute			
Descrizione	Avvio progettazione nuovo sito Internet aziendale, contestualmente alla prosecuzione delle azioni di miglioramento continuo di quello attuale nei contenuti informativi e nella loro organizzazione grafico-editoriale. Completamento dell'aggregazione, nel sito aziendale, di tutti i siti esterni di singole strutture aziendali. Attivazione sperimentale di pagina aziendale su altri social media oltre a Facebook, dove proseguirà il miglioramento di qualità e quantità dei contenuti, e delle interazioni con i followers. Prosecuzione della collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute.		Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.5.1.4	Sito Internet, servizi online e portale ER Salute			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
					Valore atteso finale
		Notizie pubblicate sito Internet aziendale	evidenze online	Numero >=	130,00
		Notizie pubblicate sul portale regionale ER Salute	evidenze on line	Numero >=	30,00
		Visitatori unici del sito Internet aziendale	Google analytics	Numero >=	400.000,00
		Numero di followers pagina FB	evidenza on line su FB	Numero >=	9.000,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	7.5.1.5	Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti			
Descrizione		Realizzazione del piano di attività annuali del Coordinamento aziendale URP, partecipazione al progetto regionale "Urp che vorrei", quale Azienda capofila, su invito della ASSR. Supporto alla programmazione annuale del coordinamento aziendale CCM. Miglioramento della sezione aziendale della banca dati del numero verde regionale, rilevazione chiamate II° livello. Miglioramento delle risposte alle richieste informative dal servizio on line "scrivici" del sito aziendale. Prosecuzione predisposizione note riscontri interrogazioni.	Rendicontazione		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	7.5.1.5	Relazioni con i cittadini e loro rappresentanti						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					Risposte servizio on line "scrivici"	Numero >=	250,00	400,00
					Riunioni coordinamento aziendale URP	Numero >=	2,00	4,00
					Numero contenuto chiamate II° liv. del Num. Ver. regionale	Numero <=	120,00	220,00
					Riunioni coordinamento aziendale CCM	Numero >=	2,00	3,00
					Numero note riscontri interrogazioni	Numero >=	15,00	25,00

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni			
Obiettivo	7.5.1.6	Rapporti con i media						
Descrizione					Rendicontazione			
					Consolidamento delle azioni per ottenere una sempre miglior presenza aziendale sui media, con particolare riferimento alle attività del P.O. Prosecuzione del sistema aziendale di rilevazione statistica per la valutazione della qualità della presenza aziendale sui media. Consolidamento diffusione ed estensione servizio di rassegna stampa quotidiana via e-mail.			
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		Circolare DGSPS RER prot.n.0307552/2014; DGR 830/2017 ; DGR 1423/2017; D.lgs 33/2013 "Amministrazione Trasparente"			
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
					Comunicati e conferenze stampa	Numero >=	80,00	120,00
					Organizzazione interviste e contatti giornalisti-Azienda	Numero >=	45,00	70,00
					Maggiore diffusione rassegna stampa quotidiana via e-mail	Sì/No	Sì	Sì

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	7.5.1.7	Iniziative di Health Literacy							
Descrizione			Rendicontazione						
Proseguire lo sviluppo di attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi in modo da produrre/rivedere materiale informativo con il contributo di pazienti e familiari ; favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie									
Obiettivi Performance	3.1.1	Attività di ricerca	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Realizzare almeno un intervento formativo a livello aziendale					Specifico flusso di riferimento	Sì/No	No	Sì	
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo					Evidenze documentali	Sì/No	Sì	Sì	

Settore	7.5.2	Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Maggiore sviluppo delle attività, a supporto della realizzazione della programmazione aziendale, tramite la realizzazione di campagne informative interne integrate. Queste prevederanno l'utilizzo di strumenti di comunicazione on line basati sulle funzionalità anche multimediali Intranet , strumenti cartacei o video, oppure coinvolgendo i dipendenti sulle piattaforme social aziendali.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.5.2.1	Campagne di comunicazione interna						
Descrizione			Rendicontazione					
Realizzazione di campagne integrate di comunicazione interna per promuovere la salute dei lavoratori, la tutela dei diritti e la qualità delle prestazioni, oltre che d'informazione su attività, disposizioni interne e sulla programmazione aziendale.								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 830/2017; DGR 919/2018				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Campagne realizzate					evidenze online	Numero >=	2,00	4,00

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti						
Descrizione			Rendicontazione					
Sviluppo dell'Intranet aziendale quale strumento principale di comunicazione interna, attivando le sue funzionalità informative multimediali o social. Realizzazione grafico-editoriale di strumenti informativi cartacei e video, coinvolgimento dei dipendenti sulle piattaforme social dell'Azienda, a partire da quella già operativa su Facebook, tramite la diffusione di una policy interna aziendale.								
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 830/2017; DGR 919/2018				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Notizie pubblicate sulla Intranet				evidenze online	Numero >=	60,00	100,00		
Prodotti informativi su vari supporti (carta, video, ecc)				evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	Numero >=	10,00	20,00		
Numero dipendenti che seguono le pagine social aziendali				evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	% >=	8,00%	10,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.6	<u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	7.6.1	<u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>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 necessità di controllo delle risorse induce, riguardo al personale, ad una attenta analisi dei fabbisogni, oltre ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale – Pertanto :</p> <p>a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale</p> <p>b) Applicazione degli accordi siglati tra Regione Emilia-Romagna e le OO:SS: confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario</p> <p>c) Riduzione del precariato attraverso processi di stabilizzazione degli organici</p> <p>d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo</p>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	7.6.1.1	Completamento della transizione a procedura GRU della gestione del personale convenzionato - sua implementazione.					
Descrizione			Rendicontazione				
Trattasi di obiettivo strategico, finalizzato ad uniformare a livello regionale la gestione giuridica, delle presenze e del trattamento economico del personale convenzionato (Specialisti ambulatoriali - Continuità Assistenziale - Medicina dei Servizi e Medici EST) e dei relativi istituti contrattuali. L'obiettivo viene raggiunto mediante utilizzo di procedure informatiche regionali comuni a tutte le aziende sanitarie.							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Completamento transizione alla procedura GRU di gestione delle presenze personale convenz. . Trasmissione automatica variabili stipend. connesse alla presenza in servizio da procedura gestione presenza a procedura gestione stipendi.				Evidenza della procedura	Si/No		Si
Implementazione procedura GRU con attivazione del portale gestione informatizzata delle graduatorie aziendali medicina convenz. Acquisizione, via informatica, domande di inclusione in graduatoria, formulazione delle graduatorie.				Evidenza della procedura	Si/No		Si

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.6.1.2	Governo degli organici secondo le linee di indirizzo			
Descrizione	<p>Sulla base delle indicazioni regionali, le Aziende del SSR, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali. ciò premesso L'azienda, valutate le priorità in ambito assistenziale e tenuto conto dei documenti di riorganizzazione dei Dipartimenti Aziendali e del Presidio Ospedaliero predisporre un piano triennale dei fabbisogni di personale coerente con gli indirizzi nazionali e regionali. Verrà pertanto effettuata una programmazione del fabbisogno complessivo e, nelle sedute di budget con i Dipartimenti e le Articolazioni aziendali verranno concertate le singole dotazioni per l'anno in corso. Tale programmazione terrà conto delle politiche di stabilizzazione del personale precario definite a livello nazionale e regionale alle quali l'azienda darà attuazione seguendo le normative ed i protocolli siglati con le Organizzazioni sindacali. Le Aziende del SSR, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.</p>		Rendicontazione		
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	#####	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria		
Obiettivo	7.6.1.2	Governo degli organici secondo le linee di indirizzo					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
		Predisposizione piano dei fabbisogni	Evidenza documentale presso il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane	Si/No	Si	Si	
		Rispetto del Piano di Assunz. e del PTFP, vincoli normativi e previsioni di bil. comprese iniz. sostegno criticità settore dell'EU, sia in sede di redazione che di monitoraggio dei fabbisogni az. 2019 e PTFP 2019 - 2021	Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si	
		Esecuzione dei protocolli sottoscritti tra Regione Emilia -Romagna e OOSS e rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati	Evidenza documentale dei Bandi di stabilizzazione in atti presso il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane	Si/No		Si	
		Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	Evidenza documentale dei bandi di concorso	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione	
Obiettivo	7.6.1.3	Consolidamento nuovo software risorse umane e sviluppo della relativa reportistica				
Descrizione			Rendicontazione			
		Trattasi di obiettivo strategico finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nel consolidamento delle varie funzionalità per la gestione delle risorse umane ed in particolare degli applicativi master presenze, giuridico, economico, formazione e della relativa reportistica, nonché avvio degli applicativi master previdenza, concorsi e valutazione				
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.6.1.3	Consolidamento nuovo software risorse umane e sviluppo della relativa reportistica						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Consolidamento della procedura GRU per applicativi presenze, giuridico, economico e formazione					Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si
Sviluppo della nuova reportistica relativa alla gestione delle risorse umane					Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si
Avvio della procedura GRU per applicativi previdenza, concorsi e valutazione					Evidenza dalla procedura informatica	Si/No		Si

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	7.6.1.4	Costi del personale						
Descrizione				Rendicontazione				
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti								
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	DGR 919/18				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Rispetto delle previsioni di bilancio					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>L'Azienda è impegnata</p> <p>a:</p> <p>a) Razionalizzare e riprogettare l'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo</p> <p>b) Attuare politiche di Integrazione tra aziende della Provincia di Parma e a livello di AVEN</p> <p>c) Potenziare e sviluppare il sistema di valutazione del personale individuale o di équipe, presupposto per rendere sempre più esplicito e per misurare il valore associato alle caratteristiche e competenze, ai comportamenti, all'agire legato al ruolo o alla posizione ricoperti e ai risultati ottenuti da professionisti e operatori. La valutazione si connota infatti come una caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro nel rispetto delle disposizioni normative, contrattuali e aziendali. Il percorso di sviluppo deve essere condiviso e portare ad una integrazione dei sistemi attualmente in essere nelle due aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Parma.</p>		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo		
Obiettivo	7.6.2.1	Attuazione del percorso di avvicinamento al sistema di valutazione integrata del personale					
Descrizione			Rendicontazione				
L'Azienda, insieme all'AOU di Parma, è chiamata a dare attuazione al piano di avvicinamento al sistema integrato e omogeneo di valutazione del personale come previsto dalla delibera 5/2017 dell'OIV-RER. Contenuti e tempistiche sono definite nel piano approvato con Delibera dell'AUSL n. 985 del 27/12/2018.							
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	Delibera OIV-RER 5/2017			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Attivazione del Piano = operatività gruppi di lavoro per le azioni prioritariamente previste dal Piano				Evidenza documentale	Si/No		Si
Implementazione delle priorità di valutazione previste dall'OIV				Evidenza documentale in atti al Servizio Risorse Umane	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	7.6.2.2	Accompagnamento dei percorsi di integrazione interaziendale e consolidamento organizzazione					
Descrizione			Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	7.6.2.2	Accompagnamento dei percorsi di integrazione interaziendale e consolidamento organizzazione					
L'azienda sarà impegnata nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione di sviluppo e di potenziamento delle politiche di integrazione a livello sovraziendale riguardante anche funzioni sanitarie.							
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Accompagnamento dei processi avviati				evidenza documentale	Si/No		Si
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione				evidenza documentale	Si/No		Si

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo		
Obiettivo	7.6.2.3	Istituzione delle Agregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per la medicina specialistica ambulatoriale					
Descrizione			Rendicontazione				
Nel 2019 dovrà essere data applicazione alle nuove disposizioni contrattuali contenute nell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 18 marzo 2018 dalla Regione Emilia-Romagna e dalle OO.SS. area medicina specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla istituzione delle AFT e al loro funzionamento.							
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Redazione del documento di individuazione e istituzione delle AFT e del regolamento di funzionamento.				evidenza documentale	Si/No		Si
Partecipazione alle attività del gruppo di lavoro paritetico (AUSL di Parma OO.SS. Area medicina specialistica ambulatoriale) incaricato individuare le linee guida per l'istituzione e la regolamentazione delle AFT				evidenza documentale	Si/No		Si
Individuazione e nomina dei Responsabili di AFT e dei Responsabili di Branca - Individuazione dei raggruppamenti omogenei di Branca.				evidenza documentale	Si/No		Si
Redazione degli atti deliberativi di istituzione delle AFT e di approvazione del Regolamento di Funzionamento.				evidenza documentale	Si/No		Si

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.6.2.4	Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.</p>									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei in ambito di politiche del personale. Per quanto riguarda la contrattazione integrativa proseguire nelle linee generali di indirizzo regionali.					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	
Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di PS e emergenza territoriale					Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	7.6.2.5	Applicazione nuovi contratti nazionali di lavoro						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.6.2.5	Applicazione nuovi contratti nazionali di lavoro							
Il 21 maggio 2018 è stato siglato il CCNL del comparto che riguarda il triennio 2016-2018. Gli istituti a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico sono già stati applicati nel corso del 2018. Nel corso del 2019 si procederà alla predisposizione di un contratto collettivo integrativo di durata triennale									
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Predisposizione di un contratto collettivo integrativo					evidenza documentale	Sì/No		Sì	

Settore	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>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		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 a partire dall'anno 2013, 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	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.6.3.1	Medicina di genere			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la settima edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere; l'evento, a carattere divulgativo, è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale, rispettoso e valorizzante delle differenze. Si intende inoltre costituire un gruppo di lavoro interaziendale, in sinergia con il CUG dell'A.OU e l'Assessorato alle Pari Opportunità del Comune di Parma, con l'obiettivo di migliorare l'attenzione sui temi inerenti le specificità di genere nelle attività rivolte sia ai professionisti che ai cittadini/pazienti.</p>					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 213/2013 L. R. 91/2014	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.6.3.1	Medicina di genere						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
incontri Gruppo di lavoro					Firme presenza	Numero >=		3,00
realizzazione convegno					ATTI UFFICIO COMUNICAZIONE	Sì/No	Sì	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	7.6.3.2	Contrasto alla violenza sulle donne						
Descrizione			Rendicontazione					
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS e al Programma Aziendale "Salute Donna" negli anni precedenti, in merito alla realizzazione del percorso formativo sul tema, all'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, alla realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, anche per l'anno 2019 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, attraverso la programmazione di interventi formativi rivolti agli operatori.								
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015				
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati					firme presenza despositate presso DASS	% >=	50,00%	95,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.6.3.3	Codice etico						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.6.3.3	Codice etico						
Nel corso dell'anno 2019, si proseguirà nell'attività di diffusione presso le articolazioni aziendali e i gruppi di lavoro, 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.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 213/2013				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Incontri con articolazioni aziendali				Firme presenza	Numero >=		3,00	
Deliberazione aziendale				Deliberazione	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.6.3.4	Piano Azioni Positive						
Descrizione			Rendicontazione					
Formalizzazione del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n. 125/1991 e D.lgs. 196/2000 ed avvio delle azioni inerenti gli obiettivi del Piano.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	L. n.125/1991 e D.lgs. 196/2000.				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Deliberazione aziendale				atti direzione aziendale	Sì/No		Sì	

Sub-Area piano delle azioni	7.7	<u>Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u>
------------------------------------	------------	---

Settore	7.7.1	<u>Sviluppo professionale e qualità delle cure</u>
----------------	--------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le prospettive di lavoro del Servizio Infermieristico e Tecnico, per alcuni dei contenuti più significativi, sono indicate nel presente documento, ed attraversano ambiti di impegno diversi. Nel corso dell'anno particolare rilievo avrà l'attività volta allo sviluppo del sistema informatico/informativo degli ambulatori infermieristici della cronicità; più azioni saranno orientate al tema della sicurezza delle cure: sulle lesioni da pressione l'attività sarà rivolta ad allineare i documenti aziendali di riferimento con le recenti linee di indirizzo regionali conducendo, in parallelo, la necessaria azione di formazione del personale sanitario e di monitoraggio dell'adesione alle specifiche pratiche assistenziali; ancora, proseguirà il lavoro di predisposizione di documenti di riferimento e di formazione sulle pratiche assistenziali sicure per la riduzione del rischio infettivo nei Centri Dialisi aziendali. Si darà continuità al progetto della Cartella Clinica Elettronica - Sezione Infermieristica in termini, oltre che di progressiva adozione negli Ospedali, anche di arricchimento dello strumento con la predisposizione della lettera di dimissione infermieristica.

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

Obiettivo	7.7.1.1	LETTERA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - SEZIONE INFERMIERISTICA			
------------------	----------------	---	--	--	--

Descrizione	Rendicontazione			
--------------------	------------------------	--	--	--

Nell'ambito del percorso di sviluppo della CARTELLA CLINICA ELETTRONICA – SEZIONE INFERMIERISTICA (CCE – SI), l'azione è volta ad integrare nel documento una lettera di dimissione infermieristica informatizzata, capace di riassumere il percorso assistenziale erogato durante il ricovero ospedaliero e di fornire le informazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale nel passaggio dai diversi setting di cura. I contenuti specifici della lettera di dimissione infermieristica riguarderanno: l'accertamento infermieristico dei bisogni assistenziali alla dimissione; una sintesi delle diagnosi infermieristiche gestite durante il ricovero; le prescrizioni infermieristiche da proseguire nel setting in cui il paziente viene trasferito; le schede tecniche dei dispositivi che vengono mantenuti alla dimissione; eventuali opuscoli informativi consegnati per la gestione delle principali procedure assistenziali

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma	
------------------------------	--------------	--	------------------------------	--	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Realizzazione del format informatizzato di lettera di dimissione infermieristica	SIT Ospedale Fidenza	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione		
Obiettivo	7.7.1.2	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE					
Descrizione			Rendicontazione				
L'obiettivo è rappresentato dallo sviluppo del sistema informativo/informativo degli Ambulatori infermieristici della cronicità - adeguamento dell'applicativo Arianna - al fine di migliorare da un lato l'appropriatezza e completezza dei dati funzionali alla realizzazione dell'attività assistenziale e dall'altro la rilevazione ai fini delle rendicontazioni aziendali.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 919/2018 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Adeguamento dell'applicativo Arianna ai fini dell'adozione quale sistema informatico/informativo unico negli Ambulatori infermieristici della cronicità				SIT aziendale	Si/No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	7.7.1.3	IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE					
Descrizione			Rendicontazione				
L'azione proposta è volta a rispondere in maniera puntuale agli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria regionale 2018 in tema di prevenzione delle lesioni da pressione							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/2018 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione				Direzione SIT	Si/No		Si
Verifica dell'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale aggiornata (realizzazione audit T0 e T1 in almeno 4 UU.OO mediche e 2 chirurgiche)				Direzione SIT	Si/No		Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.7.1.4	STESURA DEL PIANO DELLE ATTIVITA' DEI SERVIZI INFERMIERISTICI E TECNICI DI DCP							
Descrizione			Rendicontazione						
I Servizi Infermieristici e Tecnici dei Dipartimenti di Cure Primarie proseguiranno le attività volte al miglioramento del Sistema di Gestione Qualità attraverso la strutturazione del "Piano delle Attività" dei Servizi afferenti. Il documento consentirà di definire: obiettivi, attività, responsabilità e risorse necessarie.									
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Predisposizione dei Piani delle Attività					Direzione SIT	Sì/No		Sì	

Settore	7.7.2	Obiettivi legati alla produttività		
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale		
<p>Gli obiettivi sotto riportati riferiscono a vari ambiti aziendali e sono stati individuati come significativi rispetto all'incremento della produttività e miglioramento della qualità dei servizi. Essi sono stati quindi assunti a livello aziendale come obiettivi di performance organizzativa nell'ambito del dovuto adeguamento del sistema premiante ai contenuti del nuovo C.C.N.L. dell'Area Comparto.</p>				
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance 2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	7.7.2.1	AREA DAISM-DP		
Descrizione		Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	7.7.2.1	AREA DAISM-DP			
<p>VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA IN SALUTE MENTALE . I pazienti ricoverati nei reparti e nelle strutture residenziali sanitarie del DAISM-DP devono essere valutati, rispetto al rischio di caduta, mediante la compilazione della checklist adottata nella specifica procedura aziendale (come descritta in procedura aziendale per la successiva adozione di misure di prevenzione e protezione. Ambiti: Servizio Psichiatrico Osservazione Intensiva (SPOI) – Residenza a Trattamento Intensivo F.Santi – Residenza a Trattamento Intensivo Fidenza – Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - RTE I° Maggio</p> <p>PERCORSO DI ACCOGLIENZA-VALUTAZIONE-DIAGNOSI IN NPJA. Realizzazione di percorsi di accoglienza-valutazione-diagnosi a carattere multiprofessionale e multidimensionale, al fine di garantire l'appropriatezza nell'attivazione dei progetti di intervento personalizzato integrati. Ambito: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriale Distretto Parma – Distretto Fidenza – Distretto Valli Taro/Ceno – Distretto Sud/Est</p> <p>GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICI IN SPDC. Adozione della Broset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti nei pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), al fine di migliorare la pratica assistenziale e ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione fisica Ambito: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</p> <p>MODELLO DI CURA DELL'ESORDIO PSICOTICO Il modello di cura degli utenti in carico con diagnosi di "esordio psicotico" presuppone interventi integrati e precoci attraverso un approccio multiprofessionale e multidimensionale; esso, dunque, dovrà necessariamente prevedere la partecipazione e l'integrazione dei professionisti della salute mentale e dipendenze patologiche con qualifiche e/o competenze diverse che si faranno carico di valutazioni ed interventi concordati ed integrati. Ambiti: DAISMDP – Psichiatria Adulti e Dipendenze Patologiche territoriali - (Distretto Parma-Distretto Fidenza- Distretto Valli T/C- Distretto Sud/Est) - NPJA Parma (U.O. Psichiatria e Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza)</p>					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	#####	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.7.2.1	AREA DAISM-DP						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
N. checklist di valutazione del rischio di caduta presenti nella documentazione sanitaria/N. totale dei pazienti dimessi (calcolato su base mensile)				Documentazione sanitaria	% >=	70,00%	70,00%	
N. pazienti con documentata valutazione multiprofessionale / N. pazienti inseriti nel percorso di accoglienza-valutazione e diagnosi (calcolato su base mensile)				sistema informativo ELEA	% >=	80,00%	80,00%	
N. pazienti con BVC compilata / N. pazienti dimessi (calcolato su base mensile)				Documentazione clinica	% >=	80,00%	80,00%	
N. persone con diagnosi di esordio psicotico presi in carico in equipe multiprofessionale / N. persone con diagnosi di esordio psicotico in carico al Servizio (calcolato su base mensile)				Applicativo Efeso, Elea e documentazione sanitaria	% >=	70,00%	70,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.7.2.2	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE						
Descrizione				Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.7.2.2	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE			
<p>PERCORSO NASCITA E DIMISSIONE APPROPRIATA Nell'ambito del percorso integrato "Percorso Nascita e Dimissione Appropriata", volto a garantire la salute della mamma e del bambino attraverso una rete integrata di servizi, l'obiettivo del presente progetto è di garantire la realizzazione della prima visita alle puerpere, che hanno aderito al percorso, entro 72 ore dalla dimissione. Ambiti: Consultori Distretti di Parma, Sud-Est, Fidenza e Valli Taro e Ceno</p> <p>PERCORSI DI ADDESTRAMENTO AD ATTIVITA' RIABILITATIVE Attivazione di percorsi di addestramento dei pazienti con patologie cronico-degenerative, ortopediche e neurologiche, in situazioni di stabilizzazione o lenta progressione, (pazienti a bassa priorità) e dei loro familiari alla realizzazione di attività riabilitative/adequamenti degli stili di vita a domicilio sulla base di contenuti personalizzati. Ambito: Medicina Riabilitativa Distretto di Fidenza</p> <p>APPLICAZIONE DEL METODO OTAGO Applicazione del metodo OTAGO nei pazienti con età superiore ai 65 anni che accedono ai Servizi di Medicina Riabilitativa ed hanno una storia di caduta con o senza esito. Ambito: Medicina Riabilitativa Distretti di Parma, Sud-Est e Valli Taro e Ceno</p> <p>ATTIVITA' VACCINALE PEDIATRIA DI COMUNITA' Realizzazione del programma di sedute vaccinali, nell'ambito della Pediatria di Comunità, programmate per il 2019, al fine di garantire la copertura vaccinale dei nuovi nati, adolescenti e soggetti a rischio in età pediatrica secondo quanto previsto dal Calendario nazionale e dai calendari specifici per patologia. Ambito: Pediatria di Comunità Distretti di Parma, Sud-Est, Fidenza e Valli Taro e Ceno</p>					
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Delibera AUSL di Parma n. 186/2013; Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma; Piano della Prevenzione 2017-201	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.7.2.2	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
			Documentazione Consultori	% >=	85,00%	85,00%		
			Documentazione sanitaria	% >=	80,00%	80,00%		
			Documentazione sanitaria	% >=	80,00%	80,00%		
			Applicativo ONIT	% >=	85,00%	85,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	7.7.2.3	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE						
Descrizione			Rendicontazione					
			<p>DIARIO GIORNALIERO AREA DISABILI Adozione del Diario giornaliero, documento integrante la cartella socio-sanitaria nel quale ogni operatore quotidianamente registra, segnala ed evidenzia le attività fatte, i bisogni rilevati o le segnalazioni di cambiamento della persona nell'ambito delle strutture dell'Area Disabili dei Distretti di Parma e di Fidenza</p> <p>PIANO ASSISTENZIALE INTEGRATO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI Miglioramento dei percorsi assistenziali e di presa in carico, multi professionali e multidimensionali, dei pazienti "nuovi giunti", attraverso la redazione del Piano Assistenziale Integrato. Ambito: Istituti Penitenziari di Parma</p> <p>PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE Per i pazienti in regime di ricovero/in carico in contratto ADI con contributo infermieristico con età avanzata (> 65 anni), fattore significativo per il possibile rischio di sviluppo di lesioni da pressione, deve essere compilata la scala di Braden Ambito: reparti di degenza ospedalieri- Assistenza infermieristica domiciliare Parma, Sud-Est, Fidenza, Valli Taro e Ceno; Hospice Borgotaro, Centro Cure Progressive Langhirano, UVG</p>					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	7.7.2.3	AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	#####					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
N. cartelle socio sanitarie complete dei diari giornalieri / N. totale delle cartelle socio sanitarie degli utenti in carico (calcolato su base mensile)				Documentazione socio-sanitaria	% >=	90,00%	90,00%		
Numero di PAI presenti e compilati / Numero di "nuovi giunti" (nuovi ingressi) (calcolato su base mensile)				Documentazione sanitaria	% >=	70,00%	70,00%		
Ambito ospedaliero - N. pazienti di età > 65 con scala di Braden presente nella documentazione sanitaria / N. pazienti con età > 65 anni ricoverati (dato su base mensile)				Documentazione clinica	% >=	80,00%	80,00%		
Ambito territoriale - N. pazienti con età > 65 anni con ADI attivata nel 2019 con scala di Braden presente nella documentazione sanitaria / N. pazienti con età > 65 anni presi in carico in ADI nel 2019 (calcolato su base mensile)				Documentazione clinica	% >=	80,00%	80,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.2.4	AREA OSPEDALIERA							
Descrizione				Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico		
Obiettivo	7.7.2.4	AREA OSPEDALIERA					
<p>CHECK LIST VERIFICHE AMBULANZE. Miglioramento delle modalità di verifica delle dotazioni di presidi ed attrezzature presenti sulle ambulanze dedicate ai trasporti sanitari interospedalieri degli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro attraverso la messa in uso di una specifica check list. Ambito: Servizio Trasporto Infermi Ospedale di Borgotaro / Servizio Trasporto Infermi Ospedale di Fidenza</p> <p>CONSOLIDAMENTO DISTRIBUZIONE DIRETTA. Consolidamento dell'attività di distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica anche attraverso l'attivazione di un nuovo punto di distribuzione diretta presso l'Ospedale di Fidenza.</p> <p>MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA RIS/PACS. Nell'ambito dell'utilizzo dei sistemi informatici in Radiologia si possono verificare delle non conformità. Il progetto ha l'obiettivo di ridurre il numero di errori dovuto ad un errato inserimento di dati all'interno del sistema RIS/PACS e, contestualmente, intercettare eventuali errori provenienti da altri applicativi.</p> <p>Il progetto ha una valenza biennale (2019/2020) poichè comprende anche la sostituzione della cartella radiologica informatizzata.</p>							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Piano della Performance 2018-2020 AUSL di Parma; Piano delle Azioni 2018, Area reti cliniche integrate e aree di integrazione Ospedale- territorio			
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Compilazione al termine di ogni trasporto della check list per singola ambulanza (calcolato su base mensile)			Documentazione di servizio	% >=	80,00%	80,00%	
N. pacchetti personalizzati/N. richieste di predisposizione pacchetti personalizzati (calcolato su base mensile)			Documentazione Servizio Farmaceutico	% >=	95,00%	95,00%	
Numero di errori mensili rilevati/numero di esami radiologici eseguiti al mese (x 1000) pari a <5 x 1000 errori rilevati al mese			Report mensili tutti i Servizi Radiodiagnostica AUSL	% <=	0,50%	0,50%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.2.5	MIGLIORAMENTO DELLE PRATICHE ASSISTENZIALI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ALL'ASSISTENZA NEI CENTRI DIALISI							
Descrizione			Rendicontazione						
Le attività saranno volte alla revisione dei documenti, a diversa valenza, procedure ed istruzioni operative, adottati nei Centri Dialisi, all'eventuale predisposizione di ulteriori altri rispetto ad aspetti operativi non ancora proceduralizzati, alla definizione di strumenti di verifica di processo e di risultato ed alla formazione del personale.									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Dgr. 318/2013. "Linee di indirizzo alle A.S. per la gestione del rischio infettivo: ...;					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Numero strumenti di verifica correttamente compilati presenti nella documentazione del Centro Dialisi/ Numero strumenti di verifica da compilare secondo le indicazioni procedurali alle scadenze previste. (calcolato su base mensile)				Documentazione Centri Dialisi	% >=	90,00%	90,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.8	<u>Sicurezza del lavoro</u>
------------------------------------	------------	------------------------------------

Settore	7.8.1	<u>Quadro generale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		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.</p> <p>Anche per l'anno 2019 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	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	7.8.1.1	Gestione del rischio			
Descrizione			Rendicontazione		
<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, mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aggiornamento dei Documenti di Valutazione del Rischio (Schede di struttura e Piani di bonifica) delle strutture individuate in sede di riunione annuale con i Direttori di Distretto-Ospedale. 2) Completamento del Documento di valutazione del Rischio da Agenti Biologici nelle sedi di recente apertura o acquisizione (es. Casa della Salute Bambino e Adolescente, CCP). 3) Verifica degli interventi di bonifica (azione di AUDIT) a campione su 3 DVR di struttura strutture redatti negli ultimi due anni. 4) Aggiornamentoprotocollo di gestione infortuni a rischio biologico con inserimento voce "ago protetto" . 5) Predisposizione di un data base delle schede di sicurezza delle sostanze chimiche utilizzate per aggiornamento periodico con Servizio Farmaceutico 					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.1	Gestione del rischio						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
DVR di aggiornamento delle strutture individuate con Direttori di Distretto-Ospedale				atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	Si/No		Si	
DVR rischio biologico della Casa della Salute del Bambino e del Centro Cure Progressive				atti del SPPA	Si/No		Si	
Relazione sullo stato dei piani di miglioramento di 3 DVR sottoposti ad AUDIT interno del SPPA				atti del SPPA	Si/No		Si	
Scheda SIROH infortuni biologica aggiornata con tipo ago utilizzato				atti del SPPA	Si/No		Si	
Data base schede di sicurezza sostanze chimiche aggiornato				atti del SPPA	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.2	Gestione Emergenze						
Descrizione			Rendicontazione					
<p>1) Predisposizione dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali che ne sono prive.</p> <p>2) Prosecuzione organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali concordate con Direttori di Distretto e di Ospedale nella riunione periodica annuale 2019, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le.</p> <p>3) 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 /centrali di allarme antincendio.</p> <p>4) Verifica con Ufficio Formazione di estrapolazione periodica sul programma GRU di un data-base e scadenziario della formazione antincendio DM 03/1998 del personale AUSL.</p>								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.2	Gestione Emergenze						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Piani di emergenza per sedi non coperte					atti SPPA	% >=		100,00%
Numero di simulazioni organizzate con Distretto-Ospedale					atti SPPA	% >=		90,00%
Corsi di formazione/aggiornamento antincendio e uso centraline di allarme delle squadre antincendio					atti SPPA	Sì/No		Sì
Evidenza data-base del personale formato					atti SPPA	Sì/No		Sì

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.3	Formazione (in materia di salute e sicurezza sul lavoro: D.L.vo 81/08)						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.3	Formazione (in materia di salute e sicurezza sul lavoro: D.L.vo 81/08)							
<p>In Azienda 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 collaborazione con AVEN e AOU di Parma.</p> <p>Organizzazione della Formazione specifica, nell'ambito dei Progetti formativi dell'OPP - Organismo Paritetico Provinciale Sanità Pubblica.</p> <p>Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning.</p> <p>Formazione del neo-assunto, in modalità e-learning. Corso di</p> <p>addestramento all'uso di dispositivi medici pungenti protetti in collaborazione con SIT e Ditta fornitrice.</p> <p>Formazione specifica teorico-pratica antincendio.</p> <p>Formazione specifica sulla corretta movimentazione delle persone, rivolta agli Operatori interessati.</p> <p>Il ruolo del SPPA si limita all'organizzazione dei Corsi di formazione (scelta dei contenuti, dei docenti ed organizzazione delle aule); le Articolazioni Aziendali provvedono alla diffusione delle informazioni relative alle iniziative formative, compresa la partecipazione degli operatori (inviti, solleciti, controllo presenze). Formazione degli</p> <p>operatori nominati all'interno del DGO (documento gestione operativa gas medicali). Per l'anno 2019 almeno il 50%.</p> <p>Verifica con</p> <p>Ufficio Formazione di estrapolazione periodica sul programma GRU di un data-base e scadenziario della formazione specifica Accordo-Stato Regioni 21.12.2011.</p>									
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Percentuale di adesione alle iniziative formative proposte				Anagrafica Aziendale	% >=		95,00%		
Evidenza data-base formazione				Atti SPPA	Si/No		Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.4	Benessere Organizzativo						
Descrizione			Rendicontazione					
Conclusione del DVR stress lavoro-correlato del 2018 -analisi preliminare sul DVR stress lavoro-correlato del 2018, presentazione alle Direzioni e RLS e valutazione di eventuali analisi approfondite settoriali.								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza documentale DVR stress lavoro-correlato 2018				atti SPPA	Sì/No		Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo	7.8.1.5	Azioni di Area Vasta						
Descrizione			Rendicontazione					
In Area Vasta AVEN vengono proposti i seguenti progetti: 1) Invio alla regione delle segnalazioni di aggressioni dell'ultimo triennio e predisposizione di un Piano per la Prevenzione Violenza a carico degli operatori sanitari, in collaborazione, in sede locale, con il Governo Clinico 2) Verifica del consumo di aghi a farfalla per prelievi di un fornitore INTERCENTER e raccolta in sede locale delle tipologie di inconvenienti segnalati da alcune AUSL di AVEN. 3) Verifica ed eventuale nuovo addestramento del personale all'uso di contenitori di formalina preriempiti a ciclo chiuso per la conservazione di parti anatomiche per l'inoltro successivo al laboratorio di analisi, soggetti a nuova gara di fornitura.								
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.5	Azioni di Area Vasta							
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
					Piano per la Prevenzione violenza a carico operatori	atti SPPA	Sì/No		Sì
					Indagine sul consumo di aghi a farfalla di un fornitore ed eventuali inconvenienti emersi	atti SPPA	Sì/No		Sì
					Relazione sulla tipologia di contenitori di formalina forniti dalla ditta aggiudicataria	atti SPPA	Sì/No		Sì
					Corso di formazione operatori sull'uso dei nuovi contenitori	atti SPPA	Sì/No		Sì

Settore	7.8.2	Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		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 2018 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>		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.8.2.1	Gestione del rischio			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>1) Aggiornamento del DVR TBC delle strutture ospedaliere, anche alla luce dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con TBC latente.</p> <p>2) Aggiornamento del DVR dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea , VMPR) (varicella ,morbillo, parotite, rosolia) per il presidio ospedaliero aziendale.</p> <p>3)Nuova modalità di gestione su software Galileo degli esami di laboratorio per neoassunti e periodici del Distretto/Ospedale di Fidenza e Distretto/Ospedale di Borgotaro alla luce della nuova normativa sulla privacy, in collaborazione con RIT e Patologia Clinica</p>					
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 DGR n°2 del 2010	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Evidenza DVR TBC aggiornato di P.O.			medico competente	Si/No	Si
Evidenza DVR VMPR aggiornato di P.O.			medico competente	Si/No	Si
Evidenza di Procedura di Gestione			Atti Direzione aziendale	Si/No	Si

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica
Obiettivo	7.8.2.2	Formazione			
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Prosecuzione attività di formazione degli operatori sanitari sulle malattie esantematiche trasmissibili per via aerea (VMPR e meningococco, influenza) e percutanea (epatite B) mirata ai Distretti Valli Taro Ceno e Sud-Est.</p>					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica			
Obiettivo	7.8.2.2	Formazione						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i. ed Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011				
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza del Piano Formativo				Atti ufficio formazione	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.8.2.3	Promozione salute degli operatori nei luoghi di lavoro						
Descrizione			Rendicontazione					
Alla luce di incontri preliminari con le Aziende fornitrici di pasti ai dipendenti e dei distributori automatici di generi alimentari, verrà realizzato un progetto di sensibilizzazione degli operatori sulla corretta alimentazione nei luoghi di lavoro								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Evidenza studio di progetto				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione			
Obiettivo	7.8.2.4	Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.2.4	Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino. Realizzazione di un programmi di promozione della salute mirato alla corretta alimentazione. Prosecuzione della copertura vaccinale VMPPR per neoassunti, specie in reparti ad alto rischio. Introduzione utilizzo nuova cartella informatizzata regionale DEDALUS, come da cronoprogramma regionale e formazione personale infermieristico del M.C. Collaborazione con il Governo Clinico e SPPA alla gestione delle segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale, in termini di supporto psicologico e/o reinserimento lavorativo (DGR 919/18 pag. 42 di 106)									
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari				specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%		
operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio				specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		
Produzione documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		
Adozione cartella sanitaria informatizzata nel 4° trimestre 2019 e formazione personale infermieristico del medico competente				specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		

Sub-Area piano delle azioni	7.9	<u>Politiche degli acquisti e logistica</u>
------------------------------------	------------	--

Settore	7.9.1	<u>Obiettivi 2019</u>
----------------	--------------	------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione, tenendo conto delle indicazioni emerse dalle diverse Aree Vaste ed inviate entro il 30 novembre 2018, predisporrà per il biennio 2019-2020 uno strumento di programmazione unico per gli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario (il cosiddetto Masterplan). A seguito di tale programmazione AVEN provvederà 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.

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

- 1) il 2017 è stato il primo anno di esecuzione degli interventi previsti nel Piano Triennale 2017 – 2019 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, da approvarsi con apposita delibera. Tale programmazione, regolarmente adottata, ha ricompreso 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. In attesa del Piano Operativo AGID, nel 2018, dopo il Piano Operativo AGID, ancora non esecutivo, è stata aggiornata la programmazione triennale 2017 - 2019. E' stata effettuata una razionalizzazione delle acquisizioni dei software, con il corrdinamento relativo all'inventario di tali beni. Nel 2019 tale sistema verrà messo a regime, cercando di standardizzarlo con quello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
- 2) nel corso del 2019, tenuto conto delle mutate condizioni economiche, verrà ripreso il programma di alienazione degli immobili, e si procederà alla messa in vendita di diversi immobili, secondo le previsioni del Piano Triennale degli Investimenti 2018 - 2020, che verrà approvato unitamente al Bilancio di Previsione per l'anno 2019.

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

Obiettivo	7.9.1.1	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI
------------------	----------------	--

Descrizione	Rendicontazione
Si dovrà contribuire in modo sostanziale all'esecuzione della Programmazione Regionale per l'acquisizione di Beni e Servizi (da svolgere tramite Intercent-ER ed AVEN), e si dovrà elaborare una apposita programmazione annuale per le procedure residuali, da svolgere a livello aziendale, tenendo comunque conto del "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SOVRAZIENDALE", approvato con Delibera n. 986 del 30/12/2016 in ambito AVEN, nonché del Regolamento per le Acquisizione di Beni e Servizi sotto soglia comunitaria, approvato con Delibera n. 878 del 19/12/2018.	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.1	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI							
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015 e punto 2.2 degli Obiettivi di mandato della Direzione generale					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi					Registro delibere aziendali	Sì/No	Sì	Sì	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.9.1.2	Razionalizzazione delle dotazioni strumentali connesse ai beni informatici e dei beni immobili							
Descrizione	Rendicontazione								

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.9.1.2	Razionalizzazione delle dotazioni strumentali connesse ai beni informatici e dei beni immobili			
<p>Nel corso del 2019, alla luce del Piano Operativo AGID e del suo stato di esecutività, dovrà essere aggiornato il Piano Triennale 2017 - 2019 relativo alle acquisizioni di strumentazioni informatiche, sia con riferimento al software che all'hardware: in tale occasione dovranno essere forniti gli strumenti giuridici per l'acquisizione dei beni necessari per l'applicazione dello stesso: il Servizio Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici, il Servizio Acquisizione Beni ed il Servizio Esecuzione Contratti dovranno collaborare con il Servizio Informatico competente.</p> <p>Attuazione del programma di alienazione degli immobili, con la riproposizione della messa in vendita di diversi immobili, secondo le previsioni del Piano Triennale degli Investimenti 2018 - 2020, che verrà approvato unitamente al Bilancio di Previsione per l'anno 2018, tenuto conto delle mutate condizioni economiche generali.</p> <p>Valutazione della convenienza all'acquisizione in piena proprietà dei locali presenti nel Centro di Accoglienza dell'Ospedale di Vaio, attualmente in concessione alla Ditta Prosa, a seguito della procedura di gara per la costruzione del complesso ospedaliero di Vaio. Attualmente la nostra azienda ha solo la nuda proprietà degli stessi e li acquisirà in piena proprietà nell'anno 2030. Tenuto conto che per esigenze funzionali la nostra Azienda ha acquisito in locazione diversi spazi, si ritiene opportuno valutare la convenienza all'acquisizione anticipata, a fronte dell'interruzione degli oneri connessi alla locazione, nonché ai vantaggi operativi nel disporre dell'intero edificio, parte commerciale compresa.</p> <p>Nell'ambito delle azioni previste nel Piano Triennale 2017 - 2019, si dovrà realizzare la configurazione ed avvio del nuovo SW per la gestione del parco auto aziendale acquisito nell'ambito della gara AVEN per RC Auto, al fine di ottimizzare uso e rotazione veicoli, regolare a livello aziendale le procedure di prenotazione auto di servizio, semplificare le azioni amministrative e di controllo, aumentare la sicurezza negli spostamenti per i dipendenti.</p>					
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	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	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
Obiettivo	7.9.1.2	Razionalizzazione delle dotazioni strumentali connesse ai beni informatici e dei beni immobili					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
			Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Si/No	Si	Si	
			Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Si/No	No	Si	
			Atti del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici	Si/No	No	Si	
			Atti del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori Pubblici	Si/No		Si	
			Relazione Mobility Manager	Si/No	No	Si	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione	
Obiettivo	7.9.1.3	Applicazione delle procedura PACS relativamente al ciclo passivo				
Descrizione			Rendicontazione			
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	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		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.9.1.3	Applicazione delle procedura PACS relativamente al ciclo passivo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Aggiornamento Procedure relative al ciclo passivo degli acquisti					Atti dei Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica	Si/No	No	Si

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	7.9.1.4	Partecipazione al governo dei principali processi di acquisto di beni e servizi						
Descrizione			Rendicontazione					
Partecipazione ai lavori della Centrale di Committenza Regionale Intercent-ER ed al Dipartimento Interaziendale di Area Vasta (AVEN) per l'acquisizione di beni e servizi, sia con riferimento all'attività di progettazione, che alle commissioni di gara per la valutazione delle offerte da parte delle diverse ditte partecipanti alle gare bandita dalla Centrale stessa.								
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la predisposizione di progetti in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. sedute con presenza/n. sedute complessive)					Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		80,00%
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la valutazione delle offerte tecniche in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. commissioni a cui si è partecipato/n. commissioni per cui sono stati richiesti membri alla nostra					Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria			
Obiettivo	7.9.1.5	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi						
Descrizione			Rendicontazione					
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale								

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.5	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria					Specifico flusso di riferimento	% >=		82,00%	
Importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e gas stipulati nel 2016 tramite Intercenter-ER(calcolato del totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie)					Specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.1.6	Dematerializzazione del processo di ciclo passivo							
Descrizione			Rendicontazione						
Sul fronte del ciclo passivo l'obiettivo è di incrementare ulteriormente il tasso di dematerializzazione grazie al progressivo aumento degli ordini e dei documenti di trasporto inviati e ricevuti dalle Aziende Sanitarie attraverso il nodo regionale NoTI-ER.									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Num. Di indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)					Specifico flusso di riferimento	Numero >=		30,00	
Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015(%contratti di beni e servizi stipulati)					Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	
Ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER					Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	

Sub-Area piano delle azioni	7.10	<u>Il Piano degli Investimenti</u>
------------------------------------	-------------	---

Settore	7.10.1	<u>Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Piano Triennale degli Investimenti 2019 – 2021: 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.</p> <p>Piano delle Attrezzature: il Piano delle Attrezzature 2018 è elaborato dalla Direzione Sanitaria col supporto dell'Ingegneria Clinica aziendale, sulla base dei bisogni che sono espressi dalle diverse articolazioni aziendali, in continuità con il Piano Biennale 2017 - 2018 elaborato nel corso dello scorso anno e tenendo conto delle integrazioni in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con riferimento alle attività che alle dotazioni strutturali.</p> <p>Gli interventi previsti dal Piano Triennale degli Investimenti e dal Piano delle Grandi Tecnologie sono meglio dettagliati nei relativi documenti di programmazione.</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.1.1	Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute			
Descrizione		Rendicontazione			
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Borgo Val di Taro – avvio della progettazione preliminare dopo l'avvenuto completamento degli interventi previsti dall'Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura 2. Fornovo Taro – vedi Obiettivo n°8 - DGR 1003 - Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura (inizio lavori di costruzione nuovo edificio entro il 2019) 3. Noceto – inizio dei lavori entro il 2019 4. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Prosecuzione dei lavori nel rispetto del cronoprogramma contrattuale 5. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara (compatibilmente con le indicazioni distrettuali) 6. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Esecuzione dei lavori ed attivazione struttura entro il 2019 					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.1	Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 291/2010					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Interventi in progettazione - Evidenza documentale				Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	1,00	6,00		
Interventi in esecuzione - Evidenza documentale				Documenti contabili	Euro >=				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.2	Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica							
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Conclusione 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 e realizzazione delle progettazioni esecutive per la Casa della Salute di San Secondo - corpo A (Servizi Ospedalieri).</p> <p>Avvio e/o completamento della progettazione esecutiva degli interventi di consolidamento strutturale connessi alla riqualificazione del Comparto Operatorio dell'Ospedale di Borgotaro e successivo avvio delle attività di progettazione esecutiva strutturale degli interventi di adeguamento alle norme in materia di vulnerabilità sismica, sulla base degli esiti delle verifiche del 2013, per i Corpi 4a - 4b - 5 del medesimo ospedale.</p>									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20.03.2003					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Incarichi di progettazione esterna - Evidenza documentale				Elaborati progettuali	Numero >=	1,00	2,00		
Incarichi di progettazione interna - Evidenza documentale				Elaborati progettuali	Sì/No	No	Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.3	Ampliamento Ospedale di Vaio							
Descrizione			Rendicontazione						
Ultimazione dei lavori di realizzazione dell'ampliamento all'Ospedale di Vaio e degli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso, tenendo conto del nuovo affidamento avvenuto nella parte finale dell'anno 2017.									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Verbale fine lavori				Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Sì/No	No	Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.4	Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali							
Descrizione			Rendicontazione						
Progettazione mediante risorse interne e successiva esecuzione degli interventi di adeguamento alle norme di sicurezza antincendio delle strutture poliambulatoriali soggette all'applicazione del DM 19/03/2015. In prosecuzione dell'attività già avviata nel biennio 2017-2018, durante l'anno 2019 si provvederà a:									
1. Concludere la progettazione degli interventi necessari presso la Casa della Salute di Colorno									
2. procedere alla esecuzione degli interventi necessari presso la Casa della Salute di Traversetolo									
3. Avviare la progettazione degli interventi necessari presso il Polo Sanitario di Via Verona (PR) e il Polo Sanitario Lubiana di Via da Vinci, compatibilmente con le scelte aziendali									
4. Completare la progettazione e procedere all'esecuzione degli interventi necessari presso la Casa della Salute Pintor Molinetto (PR)									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DM 19/03/2015					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.4	Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Esecuzione progettazione			Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F		Numero >=	1,00	4,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.5	Piano Investimenti - progettazione						
Descrizione			Rendicontazione					
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2019 dal Piano Triennale 2019/2021, al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi in corso di progettazione.</p> <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>Gli interventi in fase di progettazione nel corso del 2019 sono relativi a: - Miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro</p>								
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti		Riferimento Normativo				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare			Elaborati progettuali in atti al SAT		% >=	30,00%	80,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - realizzazione						
Descrizione			Rendicontazione					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - realizzazione							
<p>L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2019 dal Piano Triennale 2019/2021 (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"> - Interventi da realizzare (con progettazione approvata) - interventi in corso di realizzazione. <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>									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Importo interventi					Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	350.000,00	700.000,00	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.7	Gli Investimenti							
Descrizione					Rendicontazione				
<p>Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L. 266/2005) e regionale (DGR708/215).</p> <p>Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2018, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.</p> <p>(DGR 919/18 pag. 96 di 106)</p>									
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.7	Gli Investimenti						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02/11/2016			Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	
Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di Programma Addendum e nel programma prevenzione incendi			Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati(Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati)			Specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.8	Prevenzione incendi - Prevenzione sismica						
Descrizione				Rendicontazione				
Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015). Azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica			Riferimento Normativo		DGR 919/18			
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie			Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica			Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.10.1.9	Manutenzione						
Descrizione				Rendicontazione				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
Obiettivo	7.10.1.9	Manutenzione					
Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti		
Obiettivo	7.10.1.10	Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)					
Descrizione			Rendicontazione				
Anagrafe dei complessi Immobiliari (CI): Censimento complessi immobiliari, raccolta delle informazioni necessarie al collegamento di CI al sistema GAAC							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18			
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Adempimenti previsti dalla raccolta attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC)				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.1.11	Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende Sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale			
Descrizione			Rendicontazione		
Garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo.					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.11	Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende Sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.11	<u>Azioni per il risparmio energetico</u>
------------------------------------	-------------	--

Settore	7.11.1	<u>Quadro generale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
<p>Nel corso del 2018 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.</p> <p>Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2017, si darà prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO2), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si proseguirà nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso degli anni precedenti su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, sarà sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006).</p>		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.1	Realizzazione interventi Casa della Salute di San Secondo							
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio delle attività di progettazione degli interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso la Casa della Salute di San Secondo (IMPIANTO FOTOVOLTAICO)									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Elaborazione Studio di fattibilità				Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro							
Descrizione			Rendicontazione						
Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: completamento della progettazione e avvio realizzazione di interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia.									

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Esecuzione progettazione esecutiva					Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.3	Realizzazione interventi in Gestione Calore							
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento degli Interventi finalizzati al risparmio energetico e previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore in strutture aziendali da individuare in funzione delle valutazioni costi/benefici									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	
Esecuzione interventi previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore					Certificato di regolare esecuzione	Sì/No	No	Sì	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.11.1.4	Mobilità Sostenibile							
Descrizione			Rendicontazione						
Sviluppo delle politiche aziendali e interaziendali per la mobilità sostenibile in accordo con la pianificazione regionale (PRP) e locale (Coordinamento Mobility Manager Comune di Parma), con particolare attenzione ai temi della gestione ambientale e della sicurezza sul lavoro. Definizione ed attuazione di interventi per la mobilità sostenibile con specifico riguardo all'incentivazione dell'uso dei mezzi pubblici per i tragitti casa-lavoro, all'uso della bicicletta e alla progettazione e realizzazione di iniziative di formazione teorico-pratica rivolta ai dipendenti per la guida sicura e sostenibile									

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.11.1.4	Mobilità Sostenibile							
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo						
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Predisposizione relazione attività svolte				Relazione mobility manager	Sì/No		Sì		
Eventi formativi				U.O. Formazione	Sì/No		Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.5	Uso razionale dell'energia e gestione ambientale							
Descrizione	Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.(DGR 919/18 pag.97 di 106)		Rendicontazione						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18					
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)				Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.12	<u>Ingegneria Clinica</u>
------------------------------------	-------------	----------------------------------

Settore	7.12.1	<u>Quadro generale</u>
----------------	---------------	-------------------------------

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019

Indicazione sintetica della situazione attuale

A seguito del processo di integrazione aziendale, il Servizio di Ingegneria proseguirà nel percorso di unificazione delle procedure di gestione delle tecnologie aziendali, sia in tema di programmazione e gestione delle acquisizioni che in tema di gestione dei processi manutentivi. Scopo primario è perseguire i margini di miglioramento gestionale legati alla ristrutturazione dei processi interni. Fra gli obiettivi del servizio, la creazione di un sistema di reportistica dinamica per la gestione degli investimenti e di strumenti di analisi legati all'utilizzo delle tecnologie.

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

Obiettivo	7.12.1.1	Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA			
------------------	-----------------	---	--	--	--

Descrizione		Rendicontazione			
<p>Nel 2016 è stato messo a punto e avviato l'applicativo web regionale per la gestione delle richieste di acquisto di nuovi dispositivi medici (DM). L'applicativo web viene utilizzato dai clinici per compilare e inviare le richieste alla propria Commissione locale DM e viene utilizzato dalle Commissioni locali DM per la gestione delle fasi relative alla decisione se il DM sia o meno eleggibili a valutazione HTA regionale, alla valutazione dei DM che rimangono di competenza locale e alla condivisione del parere espresso. Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stata inserito un questionario frutto di un processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali. Nel 2018 alle Aziende Sanitarie si chiede pertanto di: 1. utilizzare il questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA (DGR 919/18 pag.102 di 106)</p>					

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 919/18	
------------------------------	--------------	--	------------------------------	-------------------	--

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale
Nr. di rich. ins. DM (questionario individ. DM eleggibili a valut. HTA compilato/ totale rich. ricevute(escluse le rich. inserimento relative a Dm di Classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.12.1.2	Tecnologie biomediche			
Descrizione			Rendicontazione		
(DGR 919/18 pag.98 di 106)Garantire i flussi informativi ministeriali e regionali al parco tecnologico installato, il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova installazione, nonché massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative . Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici					
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 919/18	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato - Secondo scadenze prestabilite			specifico flusso di riferimento	Si/No	Si
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie - Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)			specifico flusso di riferimento	Si/No	Si
Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB			specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%
Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite per TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici			specifico flusso di riferimento	Si/No	Si

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.12.1.3	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature			
Descrizione			Rendicontazione		
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2018 dal Piano Triennale 2018/2020, al quale si rimanda per i contenuti di dettaglio, comprende investimenti tra loro diversificati per natura e stato di attuazione, tra i quali interventi che prevedono l'acquisizione di apparecchiature biomedicali. 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..).					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.12.1.3	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature								
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore					Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale		
Acquisto apparecchiature biomedicali: evidenza documentale					Certificati di collaudo e atti di acquisizione	% >=	20,00%	80,00%		