2019

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

PIANO DELLE AZIONI 2019

Verifica al 31/12/2019

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 8
1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione 11
1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria 13
1.1.6 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 17

1.2 - GLI SCREENING

1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni 26
1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino 28
1.2.3 - Screening del tumore della mammella 29
1.2.4 - Screening del tumore del colon retto 31
1.2.5 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 34

2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.1 - Cure Primarie

2.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie 36
2.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa 40
2.1.3 - Cure Intermedie 48
2.1.4 - Le cure domiciliari 52
2.1.5 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER 56

2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa 63
2.2.2 - Assistenza Odontoiatrica 69
2.2.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 70

2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE

2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale 74

2.4 - SALUTE DONNA

2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione 78

SOMMARIO

2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE

2.4 - SALUTE DONNA

2.4.2 - Spazio Giovani 84

2.4.3 - Spazio Giovani Adulti 87

2.4.4 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 88

2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali 93

2.5.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 111

2.6 - Medicina riabilitativa

2.6.1 - Quadro generale 114

2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

2.7.1 - Quadro generale 120

2.8 - SANITA' PENITENZIARIA

2.8.1 - Quadro generale 123

2.8.2 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER 125

3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell’Assistenza Ospedaliera 126

3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza 129

3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico 132

3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico 136

3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero 144

3.2.5 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER 146

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

3.3.1 - Obiettivi generali 157

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

3.4.1 - Obiettivi generali 160

SOMMARIO

3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

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 168

3.6 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.6.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva 176

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

3.7.1 - Inquadramento generale 177

4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali 180

4.1.2 - Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari 192

4.1.3 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER 194

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

5.1 - CURE PALLIATIVE

5.1.1 - Obiettivi generali 200

5.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 210

5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale 213

5.2.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 216

5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi 217

5.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 222

5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Governo dell'Assistenza Farmaceutica 224

5.4.2 - Governo dei dispositivi medici 238

5.4.3 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici 242

5.5 - PATOLOGIE CRONICHE

5.5.1 - Nutrizione Artificiale 253

SOMMARIO

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

5.6 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.6.1 - Area Territoriale 255

5.6.2 - Area Ospedaliera 262

5.6.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 263

5.7 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.7.1 - Quadro Generale 267

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.1 - Obiettivi 2018 269

6.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 278

6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento 281

6.2.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 288

6.3 - Governo Clinico

6.3.1 - Quadro generale 290

6.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 300

6.4 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale

6.4.1 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale 306

6.4.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 311

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale 317

7.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 329

7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta

7.2.1 - Sviluppo dell’integrazione di servizi e risorse 336

7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo 337

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 349

7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici 354

7.4.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 360

7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi 362

7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna 367

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni 369

7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale 375

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 381

7.6.4 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 384

7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure 390

7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività 393

7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale 402

7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria 409

7.8.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 412

7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2019 414

7.9.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 421

7.10 - Il Piano degli Investimenti

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature 423

7.10.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 432

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale 434

7.11.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 438

7.12 - Ingegneria Clinica

7.12.1 - Quadro generale 439

7.12.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER 443

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	
		1.1.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	
		1.1.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	
		1.1.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	
		1.1.6 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	1.2 - GLI SCREENING	1.2.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	
		1.2.2 - Screening del tumore del collo uterino	
		1.2.3 - Screening del tumore della mammella	
		1.2.4 - Screening del tumore del colon retto	
		1.2.5 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
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	
		2.1.3 - Cure Intermedie	
		2.1.4 - Le cure domiciliari	
		2.1.5 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER	
	2.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	
		2.2.2 - Assistenza Odontoiatrica	
		2.2.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	2.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE	2.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	

Piano delle Azioni 2019

Indice

Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
2 - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2.4 - SALUTE DONNA	2.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	
		2.4.2 - Spazio Giovani	
		2.4.3 - Spazio Giovani Adulti	
		2.4.4 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	2.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	2.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	
		2.5.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	2.6 - Medicina riabilitativa	2.6.1 - Quadro generale	
	2.7 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata	2.7.1 - Quadro generale	
	2.8 - SANITA' PENITENZIARIA	2.8.1 - Quadro generale	
		2.8.2 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER	
3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	3.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero	3.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	
	3.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale	3.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza	
		3.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico	
		3.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico	
		3.2.4 - Obiettivi dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero	
		3.2.5 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER	
	3.3 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria	3.3.1 - Obiettivi generali	

Piano delle Azioni 2019

Indice

Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
3 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	3.4 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	3.4.1 - Obiettivi generali	
	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	
	3.6 - Monitoraggio della mobilità passiva	3.6.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	
	3.7 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere	3.7.1 - Inquadramento generale	
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	4.1 - AREA TRASVERSALE	4.1.1 - Obiettivi generali	
		4.1.2 - Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari	
		4.1.3 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER	
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	5.1 - CURE PALLIATIVE	5.1.1 - Obiettivi generali	
		5.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	5.2 - DEMENZE	5.2.1 - Quadro generale	
		5.2.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	5.3 - EMERGENZA URGENZA-118	5.3.1 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	
		5.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	

Piano delle Azioni 2019

Indice

Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	5.4 - Politica del farmaco	5.4.1 - Governo dell'Assistenza Farmaceutica	
		5.4.2 - Governo dei dispositivi medici	
		5.4.3 - DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER - Il governo dei farmaci e 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	
		5.6.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	5.7 - Psicologia Clinica e di Comunità	5.7.1 - Quadro Generale	
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI	6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione	6.1.1 - Obiettivi 2018	
		6.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'	6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	
		6.2.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	6.3 - Governo Clinico	6.3.1 - Quadro generale	
		6.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	6.4 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	6.4.1 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale	
		6.4.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIOI	7.1.1 - Quadro generale	
		7.1.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta	7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	

Piano delle Azioni 2019

Indice

Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	
		7.3.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.4 - LA FORMAZIONE	7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	
		7.4.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso	7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	
		7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	
	7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo	7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	
		7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	
		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	
		7.6.4 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze	7.7.1 - Sviluppo professionale e qualità delle cure	
		7.7.2 - Obiettivi legati alla produttività	
	7.8 - Sicurezza del lavoro	7.8.1 - Quadro generale	
		7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	
		7.8.3 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.9 - Politiche degli acquisti e logistica	7.9.1 - Obiettivi 2019	
		7.9.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.10 - Il Piano degli Investimenti	7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	
		7.10.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	

Piano delle Azioni 2019

Indice

Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	7.11 - Azioni per il risparmio energetico	7.11.1 - Quadro generale	
		7.11.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	
	7.12 - Ingegneria Clinica	7.12.1 - Quadro generale	
		7.12.2 - DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER	

Area	1	PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Sub-Area piano delle azioni	1.1	SANITA' PUBBLICA

Settore	1.1.1	Quadro Generale e attività trasversali

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			Audit programmati in tutti i servizi nella settimana dal 16 al 20 dicembre 2019		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report di audit	Protocollo report	Sì/No	No	Sì	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		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.1.2**	**Piano Regionale della Prevenzione**			

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	Elaborati i piani di attività di tutti i servizi DSP che prevedono l'attuazione delle azioni e dei programmi previsti dal PRP. Prodotte relazioni attività svolte 31.12.2018. Già al 30/11 tutti gli indicatori sentinella hanno attuato più dell'80% delle azioni previste

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni previste per il 2019	Piani attività dei Servizi	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
% indicatori sentinella con valore conseguito >=80%	Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	45,00%	95,00%		

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 deli stili di vita e il registro regionale di mortalità	La sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO è proseguita mediante l'effettuazione delle interviste programmate nel rispetto dei numeri richiesti dal Sistema di Sorveglianza. Effettuato nel rispetto della scadenza regionale (29/03/2019 e 29/10/2019) l'invio dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semstre dell'anno 2018 e nel primo semestre del 2019 .

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	**1.1.1.3**	**Epidemiologia e sistemi informativi**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione di almeno il 95% delle interviste PASSI programmate	Specifico flusso di riferimento	% >=	45,00%	95,00%	45,00%	90,00%		
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%	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)	Le poche strutture non ancora inserite (10%) verranno registrate nel mese di dicembre

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017 - DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/anno)	Specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	90,00%		

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 contenre 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.	Elaborato Piano di attività scomposto in aree disciplinari (Prot. 12293 del 22/02/2019) Prodotta relazione finale anno 2018 (Prot. 19844 del 25/03/2019) Elaborato Piano di Governo Clinico 2019 (Prot. 12525 del 25/2/2019)

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2019, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Produzione della relazione finale anno 2018	Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019	Protocollo Piano	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Igiene del Territorio ed Ambiente costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione del 103% del programmato

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 200/2013; DGR 385/2011

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	42,00%	103,00%		

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.	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Profilassi e Malattie infettive con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta nel rispetto della programmazione delle aperture degli ambulatori programmate e garantendo il 100% delle vaccinazioni effettuate su quelle richieste (al 01 ottobre le vaccinazione effettuate erano 2634 su 2634 richieste). I casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP sono stati n. 9 tutti testati dal laboratorio di riferimento Regional (100%) Tutti i casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI da oltre 6 mesi sono state consolidate. Al 1 ottobre sono state inserite n. 2436 notifiche di malattie infettive. La copertura vaccinale antipneumococcica ed antinfluenzale nella popolazione di età = 65 anni e =>65 anni verrà elaborata a chiusura dell'anno. La definizione del protocollo operativo per meningite non è stata ancora terminata.

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.2.3**	**Profilassi e malattie infettive**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	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%	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%	100,00%	100,00%		
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	Sì/No	No	Sì	No	No		

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	Declinato il Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Medicina Legale con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attuazione del programmato per i primi 11 mesi dell'anno è stata garantita dagli operatori almeno per il 90%

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	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	Declinato il Piano di lavoro individuale per ogni operatore dell'area Medicina Legale con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attuazione del programmato per i primi 11 mesi dell'anno è stata garantita dagli operatori almeno per il 90% garantendo le aperture previste

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento di budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	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 contenre 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 contenre le azioni di miglioramento, misurabili, per l'anno di validità	Elaborato Piano di attività scomposto in aree disciplinari (Prot. 10371 del 15/02/2019) Prodotta relazione finale anno 2018 (Prot. 19806 del 25/03/2019) Elaborato Piano di Governo Clinico 2019 (Prot. 19829 del 25/3/2019)

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2019, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Produzione della relazione finale anno 2018	Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019	Protocollo piano	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.3.2**	**Sicurezza degli ambienti di lavoro**			

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	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta dagli operatori nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione di oltre il 90% del programmato (n.1482 interventi totali effettuatui/n.1564 interventi totali programmati). L'obiettivo del 9% da raggiungere è stato aggiornato a 2037 PAT da controllare. Al 30 novembre ne sono state controllate 1984 pari al 8,7% Controllati n. 113 cantieri per rimozione amianto su n.450 piano presentati (art. 256 D.Lgs81/08) N. 9 aziende del territorio hanno partecipato al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro su 8 previste

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 919/2018 - DGR 172/2015 - DGR 1945/2017

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	60,00%	90,00%		
% aziende con dipendenti ispezionate >9%	Specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%	5,40%	8,70%		
Nr. cantieri rimozione amianto controllati/piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)	Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%	24,00%	25,00%		
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%	62,00%	112,00%		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.3.3**	**Igiene e Medicina del Lavoro**			
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta dagli oepratori nel rispeto della programmazione garantento già l'effettuazione del 90% del programmato		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	60,00%	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			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta dagli oepratori nel rispeto della programmazione garantento già l'effettuazione del 90% del programmato		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	60,00%	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	Elaborato Piano di attività scomposto in aree disciplinari (Prot. 9333 del 12/2/2019) Prodotta relazione finale anno 2018 (Prot. 6948 01/02/2019) Elaborato Piano di Governo Clinico 2019 (Prot. 9318 del 12/02/2019)

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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		Sì	Sì		
Produzione della relazione finale anno 2018	Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019	Protocollo piano	Sì/No		Sì	Sì	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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.4.2**	**Igiene degli Alimenti**			

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	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione del 96% del programmato Effettuati n.212 (106 +106) su 213 programmati (107 matrici vegetali e 106 acque potabili) previsti dal Piano pevisto

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1488/2012; DGR 1510/2013; DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	50,00%	96,00%		
% 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%	45,00%	99,00%		

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	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione del 95% del programmato

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	95,00%		

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	Pianificazione e Programmazione 2019			

Descrizione	Rendicontazione
Piano di attività 2019 di Area, scomposto in servizi, documento di budget e relazione finale di attività anno precedente.	Elaborato Piano di attività (Prot. 9529 del 13/2/2019) Prodotta relazione finale anno 2018 (Prot. 12267 del 22/02/2019) Elaborati i Piani di Governo Clinico 2019 dei tre servizi (Prot. 9714 del 13/2/19, Prot 9638 del 13/2/19, Prot. 9747 del 13/2/19)

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione del Piano di attività 2019, scomposto per Servizi e documento di budget collegato	Protocollo piano di attività	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Produzione della relazione finale anno 2018	Protocollo relazione finale	Sì/No	Sì		Sì	Sì		
Elaborazione Piano di Governo clinico anno 2019	Protocollo Piano	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.2	SERVIZIO A - Sanità Animale			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.2**	**SERVIZIO A - Sanità Animale**			

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”.	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 giugno si è svolta nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione del 84% del programmato E' stato controllato il 92% degli allevamenti soggetti a controllo per Brucellosi ed è stato effettuato il 73% dei controlli sierologici caricandoli su SANAN

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	46,00%	84,00%		
% degli allevamenti controllati, per Brucellosi, sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell’anno	Specifico flusso informativo	% >=	50,00%	100,00%	55,00%	92,00%		
% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN	SANAN	% >=		80,00%	38,00%	73,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.3**	**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	Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta dagli oepratori nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione del 84,5% del programmato

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.3**	**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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	48,00%	84,50%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.4**	**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			Declinato Piano di lavoro individuale per ogni operatore costruito con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 30 novembre si è svolta dagli operatori nel rispeto della programmazione garantento l'effettuazione di oltre il 95% del programmato		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale	Documento budget al 31.12.2019	% >=	45,00%	90,00%	48,00%	95,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.5**	**Piano Regionale Integrato**			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.5.5**	**Piano Regionale Integrato**			

La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella". Obiettivo è contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.	Gli indicatori "sentinella" sono stato monitorati al fine di raggiungere a fine anno un valore pari allo standard indicato dalla regione.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1500 - DGR 919/2018

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano	Specifici flussi di riferimento	% >=		100,00%		97,00%		
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano >=80%	Specifici flussi di riferimento	% >=		80,00%		90,00%		

Settore	1.1.6	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, dovranno garantire le attività istituzionalmente dovute, l'attività di vigilanza e controllo in coerenza con la DGR 200/2013 e con gli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia, la gestione delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano, cooperando con altri Enti.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.6.1	DGR 977/19 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018			

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

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (1.1.1

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.6.2	DGR 977/19 - Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.2**	**DGR 977/19 - Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"**			

La LR n. 19/2018 prevede l'implementazione di specifici strumenti di coordinamento delle politiche di promozione e prevenzione della salute, di raccordo con altri Enti ed Istituzioni coinvoli, di raccordo con il PRP	Nell'anno sono stete realizzate iniziative, incontri e progetti sui principali contenuti della Legge 19/18 in tema di promozione stili di vita e benessere della persona.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (1.1.2)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nel corso del 2019 verranno realizzate iniziative di divulgazione sui principali contenuti della Legge ed avviate alcune attività prioritarie cui le Ausl dovranno assicurare la propria collaborazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**1.1.6.3**	**DGR 977/19 - Epidemiologia e sistemi informativi**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**1.1.6.3**	**DGR 977/19 - Epidemiologia e sistemi informativi**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2019) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003(entro Marzo 2020)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	50,00%	100,00%		
Realizzazione delle interviste PASSI programmate (Interviste realizzate/interviste programmate al Febbraio 2020)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	45,00%	90,00%		
Confluenza dati e flussi sull'applicativo unico del registro regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.4**	**DGR 977/19 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.4**	**DGR 977/19 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive**			

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.5**	**DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale**			

Descrizione	Rendicontazione
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguiere l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.	L'attività vaccinale prosegue come da programmi, le coperture saranno disponibili nei primi mesi del anno prossimo 2020. La copertura vaccinale antipneumococcica nella popolazione di età = 65 anni verrà elaborata a chiusura dell'anno in quanto la maggioranza delle vaccinazioni verranno effettuate in occasione della campagna antinfluenzale che prosegue sino a dicembre. In attesa di aggiornamento dati dei flussi regionali.

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.5**	**DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24°mese)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%				
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				
Copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%				

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.6**	**DGR 977/19 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita**			

Descrizione	Rendicontazione
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017	L'obiettivo del 9% da raggiungere è stato aggiornato a 2037 PAT da controllare. Al 30 novembre ne sono state controllate 1984 pari al 8,7% Controllati n. 113 cantieri per rimozione amianto su n.450 piano presentati (art. 256 D.Lgs81/08) L'ambulatorio di medicna del lavoro è pienamente in attività ed è attiva la sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP Informazione e formazione: tutte le iniziative di formazione e formazione programmate sono già state realizzate. Nel mese di dicembre ne sono previste ulteriori 4

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.6**	**DGR 977/19 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Aziende con dipendenti ispezionate (delle PAT esistenti)	specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%	5,40%	8,70%		
Nr. cantieri rimozione amianto controllati sul totalepiani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%	24,00%	25,00%		
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Informazione e formazione: nr. Iniziative di formazione e formazione realizzate su iniziative programmate	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**1.1.6.7**	**DGR 977/19 - Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-sanitaria**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.8**	**DGR 977/19 - Piano Regionale Integrato**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.9**	**DGR 977/19 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.9**	**DGR 977/19 - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina**			

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.10**	**DGR 977/19 - Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)**			

Descrizione	Rendicontazione
Attuare controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari	Effettuati n.212 (106 +106) su 213 programmati (107 matrici vegetali e 106 acque potabili) previsti dal Piano pevisto

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.	sistema nazionale NSIS	% >=		100,00%	45,00%	99,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**1.1.6.11**	**DGR 977/19 - Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati di sistema ORSA**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**1.1.6.11**	**DGR 977/19 - Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati di sistema ORSA**			
Le Ausl dovranno garantire che i dati presenti in ORSA soddisfino il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN			Al 31/12 i dati presenti in ORSA soddisfano il debito informativo verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN.		
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.1.6.12**	**DGR 977/19 - Tutela del benessere animale**			
Descrizione			Rendicontazione		
Garantire il controllo negli allevamenti garantendo la percentuale di controlli ufficiali previsti nel piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie, e benessere negli impianti di macellazione			La percentuale raggiunta aL 31/12 è stata del 98%.		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

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

Sub-Area piano delle azioni	1.2	GLI SCREENING

Settore	1.2.1	Quadro generale e obiettivi comuni
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			Rendicontazione		
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale.			E' stata garantita la partecipazione alle attività programmate a livello regionale.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evvidenza Attività	PRP	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.2.1.2	Programmi di screening oncologici			
Descrizione			Rendicontazione		
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)			vd 1.2.5.1		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	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 "triage" 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.	La fase quinquennale di transizione procede regolarmente secondo l'algoritmo predisposto a livello regionale. In media regionale l'estensione del programma (99,5% vs 99,3 %). Il tasso di adesione rilevato al 31/12/2019 e' di poco inferiore allo standard regionale ed e' stato rilevato dalla scheda puntuale desunta dal programma dedalus

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di adesione	P.R.P.	% >=	60,00%	60,00%	70,50%	58,90%		

Settore	1.2.3	Screening del tumore della mammella

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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.	

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	Il tracciato è stato consolidato come da richiesta.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza tracciato	RIT	Sì/No		Sì		Sì		

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.	Nei limiti consenti dal personale medico e tecnico disponibile si è garantita l'estensione alla fascia 45-49 (invito annuale) del 99,7% e cercato di garantire il massimo possibile dell'estensione alla fascia 50-74 (invito biennale), sia per le residenti che per le domiciliate.

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	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Copertura del test	PRP	% >=		60,00%	52,26%	55,40%		
Estensione effettiva inviti	PRP	% >=		95,00%	90,36%	95,36%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**1.2.3.3**	**Rischio eredofamiliare**			
Descrizione			Rendicontazione		
Attuare il programma secondo la indicazioni regionali			La compilazione delle schede eredo-familiare è stata effettuata sulla quasi totalità delle pazienti che hanno eseguito una mammografia di 1° livello.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Compilazione scheda anamnestica eredofamiliare/ Donne presentate	PRP	% >=		95,00%	95,00%	98,00%		

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			La maggioranza dei casi positivi o dubbi per neoplasia mammaria sono stati discussi nelle riunioni settimanali multidisciplinari e inviate alle rispettive strutture della breast unit per il trattamento del caso.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio pazienti al percorso multidisciplinare del Centro di Senologia/Donne con patologia mammaria	Database del Servizio Dedalus	% >=		85,00%	90,00%	87,00%		

Settore	1.2.4	Screening del tumore del colon retto

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Il programma ha un duplice obiettivo di salute: 1) diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione di prevenzione che mira ad individuare lesioni pre-tumorali 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. 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.	

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.	Nell'anno 2019 è stato completato il round 2017-2018 (previsto per il 31 marzo 2019), ed a partire dal mese di maggio 2019 ha preso inizio il nuovo round 2019-2020. L'utilizzo ed il rispetto della tempistica del calendario elaborato nello scorso biennio (solo per qualche comune è stato leggermente anticipato il coinvolgimento al fine di attuare piccoli correttivi) ha reso più funzionale da un punto di vista organizzativo la partecipazione a livello dei singoli distretti in maniera da avere ogni anno un numero di inviti quasi sovrapponibile, evitando grosse fluttuazioni (come avvenuto in passato) e garantendo maggiore omogeneità del numero di persone invitate nei diversi anni. Al 31 dicembre 2019 sono stati effettuati 56187 primi inviti (rispetto ai 46741 dell'analogo periodo dello scorso biennio) relativi al nuovo round ed è stata rispettata la tempistica per i solleciti. I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 31/03/2019 (Inviti al 31/03/2019 Adesione al 31/03/2019) e, pertanto, non tengono conto del fatto che il nuovo round ha avuto inizio nel mese di maggio; l'estensione degli inviti è pari al 84,6% (media RER 94,9%). Si resta in attesa di un aggiornamento dei dati da parte della Regione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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 disuguaglianza (stranieri, detenuti etc.)	L'estensione degli inviti tra i domiciliati risulta essere notevolmente inferiore rispetto alla popolazione residente (fenomeno osservato del resto in tutta la regione) a causa delle difficoltà a reclutare gli utenti per inesatezze ed inadeguatezza dei recapiti forniti e presenti nelle anagrafiche comunali. I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 31/03/2019 (Inviti al 31/03/2019 Adesione al 31/03/2019) e, pertanto, non tengono conto del fatto che il nuovo round ha avuto inizio nel mese di maggio; mostrano un'estensione degli inviti pari al 37,8% (media RER 70,9%). Sono in corso i lavori per poter effettuare lo screening nella popolazione carceraria durante le festività natalizie, periodo che va a coincidere con un minor impegno da parte delle Associazioni di Volontariato e, pertanto, con un minor afflusso di campioni al Laboratorio di Analisi del Presidio Ospedaliero di Vaio. Si resta in attesa di un aggiornamento dei dati da parte della Regione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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.	Nel corso del I° semestre si sono tenute le 4 Edizioni (una per ciascun Distretto) del corso "LO SCREENING DEL COLON-RETTO A PARMA: sviluppo di un modello integrato per la promozione della salute." . L'evento, rivolto a tutte le figure coinvolte nel Programma di Screnning, in particolar modo ai Medici di Medicina Generale al fine di favorirne una maggior coinvolgimento e partecipazione attiva, ha registrato una buona adesione e consensi positivi da parte dei partecipanti in tutti i Distretti.

Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 901/2015

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N°. EDIZIONI	Relazione Resp. Programma	Numero >=		4,00	4,00	4,00		

Settore	1.2.5	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi ormai da diversi anni nelle Aziende Sanitarie regionali, con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella. Va inoltre sviluppata la collaborazione necessaria ad offrire attivamente la vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni, non ancora vaccinate, che effettueranno per la prima volta lo screening cervicale, implementando la cooperazione applicativa con l'anagrafe vaccinale.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**1.2.5.1**	**DGR 977/19 - Programmi di screening oncologici**			

Descrizione	Rendicontazione
Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target, con particolare attenzioneal percorso per il rischio eredo-familiare del tumore alla mammella.	Per quel che concerne lo Screening Colonrettale, l'indicatore di copertura della popolazione (popolazione target che ha effettuato test di screening) è riferito alla rilevazione puntuale al 30/11/2019 (Inviti al 30/11/2019 Adesione al 30/11/2019) tenendo conto del fatto che il nuovo round ha avuto inizio nel mese di maggio; il valore è pari al 45,3% (media RER 53,53%). Si resta in attesa di un aggiornamento del dato annuale da parte della Regione. Per lo screening mammografico, nei limiti consenti dal personale medico e tecnico disponibile, si è cercato di garantire il massimo possibile della copertura mentre il percorso eredo-familiare è stato garantito a tutte le pazienti aderenti. Per lo screening Collo -Utero lil tasso di adesione rilevato al 31/12/2019 e' di poco inferiore allo standard regionale ed e' stato rilevato dalla scheda puntuale desunta dal programma dedalus.

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	**1.2.5.1**	**DGR 977/19 - Programmi di screening oncologici**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accetabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		58,90%		
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 70%, accetabile >60%)	specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%	52,26%	55,40%		
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) (valore ottimale 60%, accetabile >50%)	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		45,30%		

Area	2	ASSISTENZA DISTRETTUALE

Sub-Area piano delle azioni	2.1	Cure Primarie

Settore	2.1.1	Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie

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 svolte dal Dipartimento e alle sue Articolazioni organizzative (Nuclei di Cure Primarie; Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità; Assistenza Specialistica Ambultaoriale Territoriale; Cure Domicialiri, 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 crusocotto degli indicatori.	Proseguono le attività specifiche finalizzate al processo di accreditamento relativamente alla parte documentale necessaria, attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della documentazione già predisposta.Il 12/12/19 si è svolto l'audit interno SGQ a livello aziendale.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Audit interno SGQ	U.O. Qualità/Acc.	Sì/No		Sì		Sì		
Pianificazione obiettivi strategici di progetto	U.O. Qualità/Acc.	Sì/No		Sì		Sì		

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 coorelate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.	A cura del Dipartimento Valutazione e Controllo e dell'Ufficio Qualità sono stati realizzati incontri con i Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie, nel corso dei quali è stato condiviso il format del piano delle attività ipotizzato e gli elementi necessari alla sua realizzazione. Successivamente sono stati calendarizzati e realizzati incontri specifici con le direzioni dei Dipartimenti per condividere e supportare gli stessi nella realizzazione del documento in oggetto. I piani delle attività elaborati sono stati presentati alla Direzione Generale per una prima valutazione. E' stata fatta la verifica delle attività svolte e sono stati messi in evidenza i punti di forza e di debolezza, che hanno portato ad identificare le proposte di miglioramento necessarie per il riesame della direzione e definire la programmazione 2020.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento	Atti DCP	Sì/No	Sì	Sì	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.	La prima fase è stata il percorso formativo, programmato da maggio a novembre 2019, "Strategie Aziendali e Strumenti del Controllo Direzionale: Un'analisi critica". Il corso si focalizza sul processo e sugli strumenti del controllo direzionale all'interno dell'Azienda, con specifico riferimento al loro utilizzo per la pianificazione strategica. Scopo prevalente del corso sviluppare nei partecipanti la consapevolezza delle opportunità offerte dallo sviluppo del controllo direzionale come strumento di supporto alla realizzazione della strategia aziendale, nonché fornire i razionali di riferimento per utilizzare i risultati utili alla predisposizione dei piani di miglioramento. Gli eventi formativi si sono tenuti il 16 maggio, il 26 settembre ed il 28 novembre. I 7 gruppi di lavoro istituiti hanno presentato i loro elaborati che sono entrati a far parte del piano di miglioramento aziendale.

Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza eventi formativi	Atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		Sì		

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

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2018 è stato formalizzato l'albo dei prescrittori inter-aziendale (Delibera n. 950 del 28/12/18), strumento necessario a perseguire l'appropriatezza prescrittiva, elemento qualificante per il miglioramento dei percorsi di assistenza protesica introdotto dal DPCM 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei LEA. Obiettivo del 2019 sarà la diffusione del documento, la sua applicazione e particolare attenzione dovrà essere posta alla formazione dei professionisti individuati.	Per la rendicontazione si rimanda all'obiettivo 2.1.5.6

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Applicazione del documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**2.1.1.5**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**2.1.1.5**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			
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.			I DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo del SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000. Nell'Azienda USL di Parma sono 240 i MMG che hanno aderito all'SSI (90%) che sono state tutte installate ed i MMG sono pienamente operativi nell'utilizzo del software (100%) . 8 MMG hanno receduto dalla adesione. Al fine di promuovere e sostenere la diffusione e l'utilizzo del SSI è stato attivato un Gruppo Tecnico composto da professionisti dell'AUSL, MMG e rappresentanti della società Lepida SpcA, che affronta temi legati alle criticità evidenziate nell'utilizzo, studiando soluzioni e fornendo indicazioni operative anche per l'implementazione di nuove funzionalità. In ogni contesto è stato individuato un MMG referente per SSI e proseguono le attività de gruppo di coordinamento aziendale.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE	specifico flusso di riferimento	% >=		51,30%		100,00%		
N. MMG individuati per formazione SSI	Atti DCP	Numero >=		4,00		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

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.
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.

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	Rendicontazione
In ogni Distretto si darà compimento alle fasi di attivazione delle singole strutture programmate nella pianificazione distrettuale, con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con la Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie. Nel 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)	Per la rendicontazione si rimanda all'obiettivo 2.1.5.1 (DGR 977/19)

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. CdS attivate/N. CdS programmate	Relazione Distretti	% >=		100,00%		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
Avvio di progettualità con il coinvolgimento della comunità e del terzo settore: - 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.	Il 27/09/19 è stato il primo compleanno della"" Casa della Salute per il bambino e l'adolescente"", dove sono stati trasferiti i servizi della neuropsichiatria, la neurologia funzionale e riabilitativa, il centro per i disturbi del comportamento alimentare, la medicina riabilitativa per l'infanzia e l'età evolutiva, la pediatria di comunità, lo spazio giovani, il centro terapia della famiglia. Sono state realizzate le progettualità definite anche grazie alla formalizzazione del board gestionale organizzativo. E' stato attivato, nel febbraio 2019, lo sportello CIP dedicato alla consulenza per attività fisica e sportiva. Questa Casa della Salute non è semplicemente un luogo dove trovano sistemazione i servizi dedicati ai più giovani, ma un progetto che vuole ripensare i percorsi assistenziali, dagli interventi preventivi, proattivi, di prossimità, di accesso e accoglienza fino alla valutazione, diagnosi, cura e riabilitazione. Una Casa della Salute non isolata ma stabilmente connessa con altri professionisti, a partire dai Medici di famiglia e dai Pediatri di libera scelta, con Centri qualificati - come l'Ospedale del Bambino dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, la residenza per minori di San Polo di Torrile, i Centri di riferimento regionali – e ancora, con le scuole, i servizi sociali, le Associazioni di volontariato, per creare i percorsi specialistici anche di più elevata complessità.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza apertura sportello CIP	Atti Distretto PR	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Numero incontri	Atti Distretto PR	Numero >=	1,00	3,00	1,00	3,00		
Numero protocolli	Atti Distretto di PR	Numero >=		2,00		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

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**			

Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale. Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi: - Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità in attuazione al documento di indirizzo aziendale	Per la rendicontazione vedi obiettivo 2.1.5.1 (DGR 977/19)

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. CdS con referente organizzativo/Nr CdS attive	Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		100,00%		
Nr. CdS hub con board gestionale -organizzativo/Nr CdS hub attive	Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		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		17,00		
Evidenza incontri board gestionale-organizzativo	Verbali incontri	Sì/No	Sì	Sì	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

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**			

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 Sopke).	La logica del modello Hub&Spoke viene promossa dai Distretti/DCP per qualificare le funzioni a maggiore complessità nelle Case della Salute a Medio/Alta complessità (Hub) a garanzia di equità anche per la popolazione assistita nelle Case della Salute a bassa complessità (Spoke) coinvolgendo tutti i professionisti del NCP di riferimento. Si conferma il coinvolgimento della Casa della Salute di Varsi nel Distretto Valli Taro-Ceno (CdS Varsi) e della Casa della Salute di Langhirano (per lo SpoKe Lagrisalute) nel progetto regionale ""telemedicina"" così come previsto dal piano operativo approvato nel mese di giugno dalla RER (Determinazione n. 5394 del 17/04/18). Nel secondo semestre 2019 avviata la formazione dei professionisti con un primo incontro AVEN il 6.11. a Reggio. Assegnazione ulteriore finanziamento Cariparma per incremento progetto nel SUD-EST

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Popolazione assistita nelle Case della Salute	ARA; Gestionale cedolini MMG	% >=		30,80%		33,59%		
Progetti di telemedicina attivati	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.2.5**	**Presa in carico Fragilità\Multimorbidità**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbidità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare.	Per la rendicontazione vedi obiettivo n. 2.1.5.3 (DGR 977/19)

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.2.5**	**Presa in carico Fragilità\Multimorbidità**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2018 trasmessi in Regione.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza PAI	Atti DCP	Sì/No		Sì		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
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: • 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; Il progetto repvede 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 .	E' in corso la revisione del PDTA del diabete, a seguito del recepimento delle Linee di Indirizzo Regionali, visto in ottica interaziendale. Un Gruppo di Lavoro appositamente istituito sta ultimando le attività che porteranno alla formalizzazione del PDTA.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza progetto di miglioramento	Atti DCP	Sì/No		Sì		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
Consolidamento dei percorsi integrati di assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito Scompenso Cardiaco, IRC. 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.	Per la rendicontazione vedi obiettivo n. 2.1.5.2 (DGR 977/19)

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**2.1.2.8**	**Valutazione della Performance**			

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).	A cura del Dipartimento Valutazione e Controllo è stato rivisto il "Cruscotto Multidimensionale" avviato sperimentalmente. Il nuovo strumento è in grado di fornire informazioni riguardo alle performance relative la mission istituzionale delle Case della Salute. L'applicativo a disposizione, presentato alla Direzione lo scorso 14 giugno, risulta funzionale sia al controllo direzionale sia al monitoraggio della gestione operativa delle Case della Salute. Hanno partecipato all'evento i Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie, ed i Responsabili Organizzativi delle Case della Salute a medio/alta complessità. Erano presenti per la Regione Emilia – Romagna il Dott. Claudio Voci – Responsabile del Sistema Informativo (data wharehouse e business intelligence in ambito sanitario, socio sanitario e sociale).

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza report aggiornati	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	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
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	Continua l'offerta di momenti informativi con la cittadinanza promossi dalle CdS attive nei diversi distretti, con un ventaglio di argomenti variegato frutto delle proposte elaborate da MMG, DCP e Associazioni presenti sui territori. Al 30.6 sono stati realizzati 8 eventi nel Distretto di Fidenza, 3 a Parma, 2 evento nel Distretto Valli Taro e Ceno, 3 nel Distretto Sud-Est. Tutti i Distretti hanno già programmato ulteriori eventi nel secondo semestre dell'anno. Nel secondo semestre dell'anno sono stati programmati ulteriori 22 eventi (5 Fidenza, 5 Parma, 3 Valli Taro e Ceno, 4 Sud Est).

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 2128/16; DGR 1423/17

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	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.	Per la rendicontazione vedi obiettivo 2.1.5.4 (DGR 977/19)

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.1.3.1**	**Ospedali di Comunità**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Obiettivo del 2019 sarà incrementare la valutazione multidimensionale con la realizzazione del PAI prima dell'accesso in OSCO	Per la rendicontazione vedi obiettivo n. 2.1.5.5 (DGR 977/19)

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)	Banca dati SIRCO	Numero <=		20,00		24,29		
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		8,58%		

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.	L'attività nei posti letto di cure intermedie della Casa della Salute di San Secondo è ormai consolidata e prosegue regolarmente con la completa alimentazione del flusso SIRCO. E' stata avviata una riflessione sulla revisione del modello organizzativo da rendere operativo nel 2020.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	DGR 1003/16; DGR 2128/16

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO	SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Documento di riorganizzazione	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

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	L'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro è ormai consolidata e prosegue regolarmente con la completa alimentazione del flusso SIRCO.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	DGR 1003/16; DGR 2128/16

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza implementazione Flusso SIRCO	SISEP-SIRCO	Sì/No	Sì	Sì	Sì	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
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	La rete provinciale delle cure intermedie comprende strutture derivate da riconversione di posti letto per acuti, quali la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto),l'Ospedale di Borgo Val di Taro (18 posti letto), strutture pubbliche territoriali quali il Centro Cure Progressive di Langhirano (6 posti letto) e strutture socio-sanitarie (6 posti letto nella CRA "San Mauro abate di Colorno" e 6 posti letto nella CRA di Collecchio) Le modalità organizzative di accesso sono differenti nei diversi contesti distrettuali, centralizzata nel Distretto Sud-Est, decentrata nelle diverse strutture nelle altre realtà. In tutti i contesti l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza ed è in previsione la attivazione di 3 posti letto presso la CRA "Val Cedra di Monchio delle Corti nel Distretto Sud-Est. Tutte le Strutture sono impegnate nella corretta alimentazione del flusso SIRCO.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Evidenza implementazione flusso SIRCO in tutti i contesti attivi	SISEPS	% >=		100,00%		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	Rendicontazione
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.	Nella negoziazione di Budget con i DCP è stata posta una enfasi particolare sul contributo delle cure intermedie per la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in particolare BPCO (DRG 88) e demenze (DGR 429), con la definizione di specifici obiettivi. I valori degli indicatori sono calcolati sui 9 mesi e valorizzati ad anno in proiezione.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° ricoveri pazienti con BPCO (2019>2018)	Flusso SIRCO	Numero >=		55,00		60,00		
N°ricoveri pazienti con demenza (2019>2018)	Flusso SIRCO	Numero >=		65,00		90,00		

Settore	2.1.4	Le cure domiciliari

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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 appilcativo 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.	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	2.1.4.1	Continuità assistenziale - dimissioni protette			

Descrizione	Rendicontazione
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"	Per la rendicontazione vedi obiettivo n. 2.1.5.7 (DGR 977/19)

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 919/18

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.4.1**	**Continuità assistenziale - dimissioni protette**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. presa in carico (PIC) entro 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)	"Continua l'attività del gruppo aziendale per il miglioramento della qualità del flusso ADI, in particolare a Fidenza è stato organizzato l'evento "Qualità del dato SIADI" stante la buona riuscità dell'evento, si ritiene necessario la ripetizione dello stesso con i medesimi docenti negli altri 3 Distretti al fine di rendere univoche e uniformare, nell'intera Azienda, sia le modalità di registrazione sul portale ADI WEB sia i comportamenti. Le criticità principali del Flusso emerse e segnalate dalla Regione, che rappresentano una costante per l'Azienda, sono rappresentate da: - perdurare dell'assenza di accessi di operatori socio/sanitari e/o assistenti sociali del SSN/Comune, unico caso in Regione; - la quasi assenza delle TAD Palliative (Tipo 6 e 7). Per approfondire questi aspetti il Direttore Generale ha convocato una riunione il 24/06/19 a cui erano invitate le Direzioni dei Distretti, le Direzioni dei DCP e la Direzione del SIT. In seguito si è provveduto all'adeguamento della cartella del software ADI WEB che consentirà di inserire i dati sociali a completamento del Flusso; resta inteso che in tal modo verrà registrata (come convenuto) solo la parte relativa alle ore sociali effettuate e non la tad 5 assistenza socio-sanitaria. Per quel che concerne le TAD palliative (6 e 7) si sta procedendo all'inserimento degli accessi e delle TAD relativi ai pazienti presi in carico dai medici palliativisti aziendali; trattasi di TAD di tipo 6 per le quali il Responsabile è il MMG. Attualmente l'inserimento non appare univoco nei vari Distretti.

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**2.1.4.2**	**Qualità Flusso ADI**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza incontri	Dip. Val. Controllo	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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.	Al 30.06 sono state acquisite 41 nuovi Tablet con le relative SIM, le licenze per l'applicativo e si è definita l'assegnazione dei dispositivi (20 al Distretto di Parma e 21 suddivisi tra gli altri 3 Distretti), dopo la pausa estiva si avvierà la configurazione dei tablet, la loro distribuzione e la formazione dei dipendenti coinvolti, in collaborazione tra DCP, RIT e SIT. Nel secondo semestre si è avviata la configurazione dei device, l'acquisto di alcuni accessori (custodie e borse) e la verifica della funzionalità delle sedi ADI coinvolte che ha messo in evidenza la necessità di installare nuovi hotspot wi-fi. Questa necessità ha fatto slittare in avanti gli interventi formativi (previsti entro max gennaio 2020).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Evidenza eventi formativi	Atti DCP	Sì/No	Sì	Sì	No	No		

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
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	Nella negoziazione di Budget con i DCP è stata posta una enfasi particolare sul contributo delle cure intermedie per la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, in particolare BPCO (DRG 88) e demenze (DGR 429), con la definizione di specifici obiettivi. I valori degli indicatori sono calcolati sui 9 mesi e valorizzati ad anno in proiezione.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° ADI BPCO (2019>2018)	Flusso SIADI	Numero >=		398,00		425,00		
N° ADI Demenza (2019>2018)	Flusso SIADI	Numero >=		1.070,00		1.105,00		

Settore	2.1.5	DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Proseguire nell'attivazione delle CdS programmate ed individuazione nuove progettualità. Consolidamento contenuti DGR 2128/2016. Proseguire il percorso di presa in carico integrata dellaBPCO e del diabete mellito di tipo II nelle CdS con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati. Utilizzare lo strumento regionale Risk-ER al fine di garantire la presa in carico della fragilità/multimorbidità. Implementare i contenuti della DGR 1844/2018 ("Assistenza protesica, ortesica efornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico assistenziali. Linee di indirizzo") Garantire una tempestiva presa in carico della persona in dimissione protetta	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.1.5.1**	**DGR - 977/19 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.1**	**DGR - 977/19 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione CdS programmate per il 2019	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (dato 2019>2018)	specifico flusso di riferimento- sistema informativo Case delle Salute	Numero >=		13,00		17,00		
Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle CdS	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	100,00	4,00		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.2**	**DGR - 977/19 - Gestione integrata delle patologie croniche**			

Descrizione	Rendicontazione
Proseguire il percorso di presa in carico integrata dellaBPCO e del diabete mellito di tipo II nelle CdS con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso tutte le risorse dell'assistenza territoriale	Prosegue la presa in carico dei pazienti nei percorsi di gestione integrata della BPCO e del Diabete Mellito di tipo 2. Per quanto riguarda la BPCO è in via di formalizzazione il PDTA interaziendale strutturato nel contesto dell""Osservatorio della BPCO"" sviluppato nell'ambito del Percorso Academy (Cergas-Bocconi) e, per quanto riguarda il diabete mellito di tipo 2 è in corso la revisione del PDTA aziendale, a seguito della emanazione delle Linee di Indirizzo Regionali, che assumerà una valenza interaziendale. Per sensibilizzare i professionisti sul tema della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati negoziati specifici obiettivi di budget sia con i Dipartimenti Cure Primarie che con i Dipartimenti Ospedalieri. In attesa della rilevazione dei tassi annuali relativi agli indicatori sotto riportati , si riportano come valori raggiunti finali i valori rilevati al 30/06/2019

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.2**	**DGR - 977/19 - Gestione integrata delle patologie croniche**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO.	Profili NCP	Numero <=		0,60		0,60		
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per diabete.(in rapporto a dato 2018)	Profili NCP	Numero <=		0,20		0,30		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.5.3**	**DGR - 977/19 - Fragilità\Multimorbidità**			

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

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.5.3**	**DGR - 977/19 - Fragilità\Multimorbidità**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2019 trasmessi dallaRegione.	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Utilizzo dei profili di rischio	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC).	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.4**	**DGR - 977/19 - Sistema informativo Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
le Aziende dovranno raccogliere in maniera sistematica le informazioni relative all'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi ("Sistema informativo Case della Salute"), provvedere alla compilazione dei dati richiesti nonché a comunicare formalmente in Regione l'attivazione delle nuove Case della Salute.	Il processo di alimentazione del Sistema Informativo Case della Salute è presidiato centralmente da un Referente Aziendale della Direzione Sanitaria, e le informazioni sono raccolte ed inserite nel sistema in maniera sistematica e costante nel rispetto delle tempistiche indicate dal Servizio Assistenza Territoriale della RER. Particolare cura viene posta nel garantire la qualità del dato attraverso un confronto costante con i Referenti del Sistema Informativo individuati nei 4 Distretti.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Sistema informativo Case della Salute	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.5**	**DGR - 977/19 - Ospedali di Comunità**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.6**	**DGR - 977/19 - Assistenza protesica**			

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.1.5.6**	**DGR - 977/19 - Assistenza protesica**			
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.1.5.7**	**DGR - 977/19 - Continuità assistenziale - dimissioni protette**			

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

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR - 977/19 (2.6)

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.1.5.7**	**DGR - 977/19 - Continuità assistenziale - dimissioni protette**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. (PIC) con presa in carico entro 3 gg. dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera	INSIDER	% >=		50,00%		35,25%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	**2.1.5.8**	**DGR 977/19 - Trasporti per trattamento emodialitico**			

Descrizione	Rendicontazione
Fornire evidenza dell'effettiva applicazione contenuti cicolare regionale n. 13/18 "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio dei pazienti al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi	E' in fase di predisposizione il modello per la rilevazione della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitici, implementando la metodologia per la somministrazione e analisi dei risultati. Come contemplato nelle indicazioni regionali pervenute, l'indagine sarà svolta entro giugno 2020.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.13)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza di monitoraggio locale della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitico	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

Sub-Area piano delle azioni	2.2	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Settore	2.2.1	Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa

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.	In accordo con le OO.SS. Di categoria sono stati definiti i criteri per l'individuazione delle AFT ed è stata redatta la bozza definitiva di regolamento . È in corso la formalizzazione.

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR. 428/2017

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Definizione regolamento aziendale AFT e istituzione delle AFT	Relazione DD/DCP	Sì/No		Sì		Sì		80,00%

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.	Sono stati prodotti documenti contenenti il funzionamento di massima di una struttura gestionale preposta al governo della attività specialistica e sono stati consegnati in visione al direttore sanitario.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza del documento	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	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

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**			

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)	Prosegue il monitoraggio della appropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'apprpriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 62,40 % complessivamente su base aziendale nei primi tre trimestri 2019. E' continuata l'attività di predisposizione di percorsi prescrittivi nella cartella sole che richiedono come pre-requisito l'accordo tra mmg e specialisti riguardo i criteri di appropriatezza di invio allo specialista, nei primi tre trimestri sono stati predisposti i percorsi relativi a: visita internistica per inizio terapia tao/nao, visita angiologica, visita internistica per patologie della coagulazione e visita ematologica per emofilia, gestione integrata refertazione e programmazione accessi dei prelievi TAO/NAO. Numero incontri NCP tema appropriatezza: - Valli Taro Ceno: 4 - Fidenza: 24 - Sud Est: 2 - Parma: 4

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri sul tema appropriatezza	Atti DCP	Numero >=	1,00	3,00	2,00	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 inserirei 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	Incontri nucleo tema appropriatezza

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale	% >=		90,00%		93,00%		
Indice di performance per le prestazioni urgenti differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale	% >=		90,00%		78,80%		

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	E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 87.000 sanzioni, riferibili all'anno 2016 (partenza 4 aprile) , 2017, 2018, 2019 . Nel corso del triennio incrementa il numero totale delle disdette effettuate dai cittadini (pari a circa il 10% degli appuntamenti).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente (rispetto all'anno 2017)	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.947,00		18.203,00		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.1.7**	**Prescrizionie, prenotazione e riprenotazione dei controlli**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.1.7**	**Prescrizionie, prenotazione e riprenotazione dei controlli**			

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

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di prescrizioni effettuate dal medico specialista/ Totale delle prescrizioni delle visite di controllo. (rispetto all'anno 2017)	ASA/ARMP/DEMA	% >=				81,32%		
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 >=				75,61		
numero di prenotazioni sulle code D riservate alla struttura	CUP	Numero >=		225.000,00		248.905,00		

Settore	2.2.2	Assistenza Odontoiatrica

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nell'aggiornamento della normativa nazionale in merito ai Livelli Essenziali di Assistenza (allegato 4c DPCM 12/01/17), vengono individuati "criteri per la defnizione 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	

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
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. 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.	Prosegue la valutazione dell'attuale offerta e il confronto con le Aziende di Area Vasta Emilia Nord finalizzato a mantenere uniforme e congrua l'offerta odontoiatrica. Si resta in attesa di indicazioni regionali relativamente a quanto previsto dalla DGR 1423/2017.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		DGR 1423/17

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della valutazione	Evidenza Documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione a incontri di AREA VASTA di condivisione dell'adeguamento dell'offerta	Evidenza Documentale verbali riunioni	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	2.2.3	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni
specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019). Per il 2019 è prioritario l'obiettivo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei
controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.
Si conferma la necessità di monitorare l'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali. Le Aziende sono tenute inoltre a monitorare le indicazioni normative sull'obbligo di disdetta (DGR 377/2016) nonché a potenziare la prenotazione tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorare per i tempi di attesa, dovranno essere disponibili per la prestazione on-line almeno tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle restanti visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale. Si confermano, ancora, le indicazioni previste dalla DGR 748/2011 in merito alla disponibilità di tutta l'offerta aziendale sul sistema CUP.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**2.2.3.1**	**DGR 977/19 - Mantenimento dei tempi di attesa**			

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

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

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.3.2**	**DGR 977/19 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative**			
Descrizione			Rendicontazione		
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative			E' continuata l'attività di invio delle sanzioni relative alla mancata disdetta o alla tardiva disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Sono state inviate 87.000 sanzioni, riferibili all'anno 2016 (partenza 4 aprile) , 2017, 2018, 2019 . Nel corso del triennio incrementa il numero totale delle disdette effettuate dai cittadini (pari a circa il 10% degli appuntamenti).		
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	specifico flusso di riferimento	Numero <=		14.947,00		18.203,00		
Nr. disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine) valore rispetto al 2018	specifico flusso di riferimento	Numero >=		358.852,00		394.737,00		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**2.2.3.3**	**DGR 977/19 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli**			
Descrizione			Rendicontazione		
Prescrizioni e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico l'utente			E' stata sempre più diffusa l'indicazione della presa in carico da parte dello specialista con conseguente prescrizione dei controlli successivi e delle indagini necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto. Tale indicazione è stata inserita nel nuovo piano liste di attesa e sono state informate le strutture eroganti coinvolte. Riguardo il numero delle prescrizioni formulate dagli specialisti è necessario un approfondimento dell'intero processo di individuazione del prescrittore partendo dalla anagrafica dei prescrittori. il totale delle prescrizioni con riprenotazione interna nel 2019 ammonta a 248.905. Il valore a consuntivo riportato per il secondo indicatore pari al 75,61 % è risultato tenendo conto che la presa in carico venga calcolata aggiungendo l'utilizzo delle code utente (per le agende non aggiornate alle code presidio è così riconoscibile la presa in carico) il dato sale al 75,61%.		
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**2.2.3.3**	**DGR 977/19 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%).	ASA/ARMP/DEMA	% >=		70,00%		81,32%		
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo.	ASA/ARMP/DEMA	% >=		55,00%		75,61%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**2.2.3.4**	**DGR 977/19 - Monitoraggio prestazioni prenotazione on line sul CUPWEB regionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale	Si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste.Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Al 22/11/19, si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 468 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo e delle note a corredo delle prestazioni.

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

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.2.3.5**	**DGR 977/19 - Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**			

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

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

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

Sub-Area piano delle azioni	2.3	SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE

Settore	2.3.1	Sportello Unico Distrettuale

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".	A seguito delle modifiche normative introdotte dalla Regione Emilia Romagna con circolare n. 2/2019 (integrata e modificata da successiva nota del 02/04/2019), è stata redatta la nota aziendale prot. 42713 del 28/06/2019 che specifica le indicazioni operative di applicazione e le variazioni rispetto alle regole precedentemente in uso.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	Sì	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	L'attità di promozione dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico procede regolarmente. I Fascicoli Sanitari attivati al 01/12/2019 sono 93522.

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**			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR mandato DG	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. FSE attivi	specifico flusso di riferimento	Numero >=		80.000,00		93.522,00		

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.			Lo sviluppo di una banca dati, condivisa con i Referenti Distrettuali di Sportello Unico, viene costantemente aggiornata.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Costante e tempestivo aggionamento della banca dati normativa esistente	programma software "al fresco"	Sì/No	Sì	Sì	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.			L'aggiornamento della Procedura Amministrativa per la prenotazione è in fase di conclusione prevista in concomitanza alla definizione delle modifiche apportate ,in materia di prescrizione, dalla più recente DGR 603/2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021".		

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**			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione della Procedura Amministrativa per la prenotazione delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	No	No		

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.			In attesa della redazione di un manuale da parte dei competenti servizi regionali, sono state fornite agli operatori specifiche istruzioni operative per l'applicazione delle modifiche normative e degli aggiornamenti regionali al programma.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

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		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.3.1.6**	**Sistema informativo Case della Salute**			
Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi. Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.			L'implementazione del sistema Informativo Case della Salute avviene regolarmente all'attivazione di nuove Case della Salute o all'eventuale variazione delle informazioni presenti.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area piano delle azioni	2.4	SALUTE DONNA

Settore	2.4.1	Azioni di consolidamento ed integrazione
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			"Ben consolidata l'applicazione del DGR 533/2008 come previsto dalle direttive AUSL in merito al programma percorso nascita ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica alla gravidanza fisiologica; sono stati definiti dei percorsi integrati sulla patologia. A tutte le gravide che si rivolgono ai Consultori Familiari viene offerto in modo attivo il test combinato, secondo le indicazioni dei nuovi LEA, erogato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera; è stato garantito a tutte le gravide della provincia di Parma anche se seguite altrove. E' stata garantita la presa in carico delle gravide attraverso una serie di azioni che partono dalla fase preconcezionale, alla fase della gravidanza, del post-parto, con il progetto della dimissione appropriata e del puerperio. Particolare attenzione è rivolta alle donne straniere, alle donne con bassa scolarità e alle donne con disagio psico-sociale. Il progetto della dimissione appropriata in essere da molti anni permette la presa in carico precoce anche dei neonati da parte del Pls entro 72 ore dalla dimissione, data l'impossibilità di iscrizione al SSN nei primi giorni dalla nascita."		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/ totale parti di residenti. (rispetto media 2016)	Banca dati CEDAP	% >=		47,00%	51,36%	52,76%		
Nr. donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Nr. parti di nullipare residenti	Banca dati CEDAP	% >=		56,00%	53,50%	59,50%		

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	Sono stati effettuati incontri formativi alle neo mamme e mamme in gravidanza sull'importanza dell'allattamento al seno nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita" in collaborazione con le Associazioni di Volontariato ed il Comune di Parma. E' stata incrementata l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno. Sono stati effettuati dei corsi di formazione per gli operatori.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a 5 mesi.	Flusso AVR	% >=		36,68%	36,89%	38,67%		
% allattamento completo a 3 mesi.	Flusso AVR	% >=		55,93%	56,14%	59,92%		
% non allattamento a 3 mesi	Flusso AVR	% <=		20,53%	18,80%	17,25%		
% non allattamento a 5 mesi	Flusso AVR	% <=		28,69%	26,95%	26,34%		

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.	E' stato garantito, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta, l'accesso al percorso IVG con presa in carico presso le sedi consultoriali e invio presso gli ospedali, rispettando i tempi di attesa, secondo la normativa vigente. Si sottolinea che gran parte delle IVG farmacologiche vengono fatte presso l' AOSP cui hanno accesso le gravide del Distretto di Parma e Sud-Est i cui dati non sono associati all'azienda ospedaliera. In netto miglioramento il dato sui tempi di attesa dell'intervento per IVG (al di sotto della media regionale < -25%).

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.4.1.3**	**Percorso IVG**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	42,00%	21,67%		
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2017)	specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%	30,71%	32,07%		

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
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)	Ben consolidata l'applicazione del protocollo della "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" in tutta l'AUSL con specificità per ogni territorio.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 919/2018

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. puerpere assistite/n. nati	Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		95,50%		
%di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 giorni dalla nascita	Anagrafe Regionale Assistiti	% >=	50,00%	50,00%		6,18%		

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

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**			

Consolidamento “Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza”. Il servizio, operativo presso il Consultorio Familiare -Casa della Salute Parma Centro, è finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere e intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.	Si conferma l'attività del "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza" che attivo da 5 anni, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere ed intrafamiliare.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 1370 DEL 23.07.14

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti in carico LDV	Dati attività salute donna	Numero >=	7,00	10,00	33,00	38,00		

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	Continua la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera inerente ai percorsi della gravidanza in base al livello di rischio. Si conferma il percorso per la presa in carico all'ambulatorio "Gravidanza a termine" ad alto e basso rischio in collaborazione con l'AOSP-Universitaria di Parma.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR N. 1377/2013

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Protocollo clinico condiviso	Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.4.1.7**	**Integrazione con i Servizi Sociali**			

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	Si conferma la collaborazione per il progetto "Oltre la strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento.
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Relazione salute donna	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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

Descrizione	Rendicontazione
Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche. Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti	Sono stati utilizzati tutti gli strumenti messi a disposizione e si prevede un miglioramento dei dati relativi alla informatizazzione della refertazione ecografiche per la diffusione del sistema di refertazione in più sedi. Si è in attesa dei valori raggiunti intermedi relativi agli indicatori.
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. ricette dematerializzate	RIT	Numero >=	1.700,00	3.000,00		6.788,00		
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate	RIT	% >=	45,00%	75,00%		63,50%		

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.	Sono stati fatti n. 4 incontri relativi alla formazione sul campo "Assistenza alla gravidanza ad alto/basso rischio in consultorio".

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza eventi formativi	Atti U.O. Formazione	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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			Si conferma l'attività di supporto psicologico aglil adolescenti con problematiche psicorelazionali; il punto di accoglienza dello spazio giovani è attivo e l'orario di apertura è articolato su 5 giorni alla settimana.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. utenti presi in carico	Dati attività Salute Donna	Numero >=	50,00	90,00	97,00	161,00		

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"			Si è confermata l'attività di educazione alla salute nelle scuole per prevenire comportamenti a rischio con la modalità della Peer Education.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi	Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00	5,00	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		

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**			
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.			Si sono svolti interventi di prevenzione in 8 CAG (Centri Aggregazione Giovanili) con il progetto meeting giovani e W l'amore. E' stato effettuato un intervento al "Consorzio di Solidarietà Sociale" con un progetto di formazione per il gruppo del servizio civile.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi	Relazione Salute Donna	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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			E' ben consolidata l'attività dello Spazio Giovani per favorire l'accesso agli adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 19 anni ed in particolare a quelli di origine straniera. E' stata garantita l'apertura dello Spazio Giovani Adulti in tutti i distretti dell'AUSL di Parma .		
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.	SICO	% >=		7,00%	4,82%	5,44%		
Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti.	Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00	11,00	11,00		
Numero Spazi Giovani nei distretti.	Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00	4,00	4,00		

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
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".	Gli operatori dell'ausl hanno svolto attività di promozione alla salute e alla sessualità rivolte agli adolescenti nelle scuole e nei centri giovani.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione della salute e sessualità/popolazione target (14-19 anni).	rilevazione annuale del servizio Assistenza Territoriale	% >=		19,00%	21,67%	21,67%		

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) .	"In attuazione del DGR 1722/2017, oltre allo Spazio Giovani Adulti di Parma, si sono attivati Spazi Giovani adulti anche nei distretti Sud Est, Fidenza e Borgotaro (Attualmente sono 11 gli Spazi Giovani Adulti). In collaborazione con il servizio farmaceutico è attiva la procedura per la somministrazione gratuita dei contraccettivi agli aventi diritto".

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Consolidamento Procedura DGR 1722/2017	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

Settore	2.4.4	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Per il 2019, le Aziende USL dovranno: - monitorare l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati. - garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Per sostenere e promuovere attivamente la health literacy, andrà incoraggiata l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La "Scheda scelta del parto" è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. - garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono, come previsto a seguito dell'approvazione dei nuovi LEA. - promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono, in particolare le nullipare e le donne straniere - garantire un'assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA).	

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

Obiettivo	2.4.4.1	DGR 977/19 - Percorso nascita - AREA CONSULTORIALE

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

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.4.4.2**	**DGR 977/19 - Salute riproduttiva -AREA CONSULTORIALE**			

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

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.4.4.3**	**DGR 977/19 - Percorso IVG - AREA CONSULTORIALE**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.4.4.4**	**DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale): Aziende USL con valore 2018 < 10%:mantenimento o ulteriore riduzione. Aziende USL con valore 2018 >=10%: < 10%	vd rendicontazione obiettivo 5.6.1.5

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	AVR	% <=		10,00%		4,42%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.4.4.5**	**DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - AREA CONSULTORIALE**			

Descrizione	Rendicontazione
Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento: A 3 mesi: >55% a 5 mesi >40% e comunque aumentato rispetto al 2018	Sono stati effettuati incontri formativi alle neo mamme e mamme in gravidanza sull'importanza dell'allattamento al seno nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita" in collaborazione con le Associazioni di Volontariato ed il Comune di Parma. E' stata incrementata l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno. Sono stati effettuati dei corsi di formazione per gli operatori. Ogni anno in occasione della SAM vengono organizzati incontri ed iniziative in tutti i distretti dell'AUSL per il sostegno all'allattamento al seno.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a 5 mesi.	Flusso AVR	% >=		40,00%	36,80%	38,67%		
% allattamento completo a 3 mesi.	Flusso AVR	% >=		55,93%	56,14%	59,92%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.4.4.6**	**DGR 977/19 - Promozione della salute in adolescenza - AREA CONSULTORIALE**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità	Gli operatori dell'ausl hanno svolto attività di promozione alla salute e alla sessualità rivolte agli adolescenti nelle scuole e nei centri giovani.

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.4.4.7**	**DGR 977/19 - Contrasto alla violenza di genere**			

Descrizione	Rendicontazione
Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi: -mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti - monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna) - collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto - partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto “Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere” - definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere	"Si conferma l'attività del ""Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza"" che attivo da 5 anni, si sta consolidando attraverso la promozione sia all'interno dell'AUSL che presso Enti ed Istituzioni della Provincia di Parma. Al centro si sono rivolti nuovi utenti autori di violenza di genere ed intrafamiliare. Si è collaborato con le iniziative promosse a livello regionale attraverso percorsi di ascolto e supporto, organizzazione di eventi formativi sul contrasto della violenza di genere. Sono stati attivati i tavoli distrettuali per il contrasto alla violenza di genere, nei 4 distretti dell'AUSL. Per i dati relativi al n.ro di partecipanti alla formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assitenza nei servizi EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza " si rimanda a quanto gestito e rendicontato da AUSL di Piacenza.

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.4.4.7**	**DGR 977/19 - Contrasto alla violenza di genere**			
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.8)	

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

Sub-Area piano delle azioni	2.5	SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Settore	2.5.1	Obiettivi di sistema e trasversali

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 programmatorie 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 NPIA 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.	Sono proseguite le attivita' di consulenza presso i Ps deglio Ospedali ausl e AOPS, secondo le modalita' definite negli specifici protocolli ed e' stato attivato progetto per l'Operatore di Corridoio dell'Unita' di strada, al fine di facilitare i percorsi di accesso alle cure di adolescenti e giovani.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		DGR 1423/2017 scheda 33

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero consulenze effettuate presso i Pronto Soccorsi/numero ingressi totali ai PS Parma e Fidenza	UO SPOI e UOC Fidenza	% <=		2,00%	1,98%	1,97%		

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	Sono proseguite le attivita' di raccordo e di collaborazione con i MMG sia presso le Case della Salute che presso le articolazioni territoriali. Si segnala che, la riduzione delle prese in cura condivise e' da ascriversi ad un miglior supporto dei medici DAISMDP ai colleghi MMG a supporto di quelle situazioni non pienamente riconducibili ad una piu' forte presa in carico da parte del Dipartimento Durante il Corso sulle strategie Aziendali, in forte collaborazione con il Nucleo di Cure Primarie, e' stato presentato un modello di approccio collaborativo tra MMG e SERD per intercettare preventivamente e segnalare ai servizi competenti situazioni di gioco d'azzardo patologico Inoltre, nel distretto di Parma, d'intesa con la Direzione del dipartimento Cure Primarie, e' stato istituito un gruppo di lavoro per il miglioramento dell'appropiatezza delle attivita' di consulenza e consultazione psichiatrica nelle case residenza anziani

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consulenze in ambito Leggieri	atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		2.353,00	1.376,00	2.590,00		
Presa in cura condivisa in ambito Leggieri	atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		951,00	499,00	720,00		

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
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. 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) 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.	Le attivita' relatove agli incontr trattamentali e alla valutazione del rischio suicidiario sono proseguite regolarmente per tutto il 2019 E' stato sottoscritto il nuovo protocollo per la valutazione del rischio suicidiario anche dei nuovi giunti in carcere. Valutazione all'ingresso di tutti i detenuti NG per lo screening del rischio sucidario e della vulnerabilità psichiatrica comprese le dipendenze patologiche; presa in carico delle persone detenute con patologia psichiatrica e dipendenza patologica secondo percorsi di cura integrati e personalizzati da parte delle varie figure professionali afferenti all'UOS; incontri con l'area trattamentale e penitenziaria sui temi della prevenzione del rischio sucidario, segnalazioni di disagio, percorso dimittendi ed eventi critici con particolare attenzione alle persone detenute della MS; segnalazioni e coinvolgimento nella progettazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi dei servizi territoriali del DAISM-DP; prosecuzione delle attività di gruppo terapeutico-riabilitative per i pazienti in carico alla UOS; collaborazione con l'Università di Parma per tutoraggio tesi e progetti di ricerca.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con l'area trattamentale	Verbali	Numero <=		10,00		12,00		
N nuovi giunti con valutazione del rischio suicidiario / N nuovi giunti	Sistema informativo SistER	% >=	80,00%	90,00%	95,00%	95,00%		

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
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.	Per tutto il 2019 si e' rilevata la problematica di tempi di attesa, anche i relazione agli elevati numeri di accessi e di disdette non comunicate da parte degli utenti. Al fine del miglioramento sui tempi di attesa, e' stato revisionato il sistema Prime Visite tramite CUP nel Distretto di Parma al fine di una maggiore unitarieta' ed appropriatezza delle valutazioni. nell'area della Psicologia clinica e della Neurologia Funzionale.

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 32

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite accesso diretto	Sistema informativo Elea	% >=	70,00%	90,00%	58,00%	57,00%		
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP	Sistema informativo CUP	% >=	60,00%	90,00%	51,00%	49,00%		

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
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.	Le attivita' sono proseguite per tutto il 2019, segnialiamo che questo particolare e dedicato segmento di utenza, sia minore che adulta, ha avuto nell'ultimo anno un piu' che significativo aumento di utenti, particolare condizione che ha reso difficoltoso mantenere lo standard del primo semestre. E' stata realizzata la terza edizione del progetto il progetto "Ricette di autonomia" per la valorizzazione delle risorse di rete e personali dei pazienti, sia minori che adulti Si segnala che due professiobisti dell'Area 2 stanno partecipando al corso di alta formazione organizzata dall'ISS sul metodo ABA

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/18

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)**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. medio ore settimanali per bambino	rilevazione aziendale	Numero >=		4,00		4,00		
Nr. rivalutazioni funzionali nei bambini di età =16 anni/Nr. utenti con asd nella fascia = 16 anni	rilevazione aziendale	% >=		100,00%	100,00%	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	Sì	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	Anche per il 2019 sono proseguite, come di consueto, le attivita' di supporto e di verifica delle attivita' in ambito privato, delle segnalazioni di Diagnosi DSA. Si segnala la sempre forte presenza della componente Giovane Adulto, con incontri specifici sul segmento

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri del gruppo di conformita'	evidenza documentale	Numero >=		15,00		32,00		

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

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**			

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.). Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta all' evoluzione dei bisogni. (scheda 37) Potenziare le attività di prevenzione e cura di minori ed adolescenti con particolare attenzione ai percorsi di ricovero in emergenza. 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. Revisione della documentazione relativa alla diagnosi e al trattamento del minore nell'ambito del Sistema Emergenza Urgenza. 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: - 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.	In tutti e 4 i Distretti provinciali i gruppi di lavoro dedicati hanno consentito l'avvio delle Equipe Funzionali Adolescenza previste dal Piano Regionale, definendo le specifiche modalità organizzative e i livelli di coinvolgimento degil altri attori del territorio (Servizi Sociali/ASP, agenzie educative, terzo settore, consultori Giovani) In ogni Distretto è stato creato un punto d'accoglienza dedicato alla fascia 14-25 anni (con l'obiettivo di facilitazione dell'accesso ed eventuale orientamento ed accompagnamento ai servizi) ed è stato istituito uno spazio calendarizzato,tra gli operatori coinvolti nel progetto, per il confronto e e l'analisi delle richieste pervenute.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	**Riferimento Normativo**	Circolare 1/2017

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale.	Rilevazione aziendale	Numero >=		4,00		4,00		
N. di equipes funzionali attivate	Rilevazione aziendale	Numero >=		4,00	4,00	4,00		
Revisione della documentazione Emergenza Urgenza per minori	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		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 attivita' formative e di supervisione. Realizzazione del report annuale di attivita' specifiche del percorso	L'audit 2019 relativo al PDTA Esordi Psicotici si concentra sull'utilizzo del nuovo modello Budget di Salute per i nuovi soggetti in Esordio Psicotico 2018/2019. L'attivita' e' stata realizzata nel mese di dicembre con valutazione dei soggetti in percorso PDTA a cui e' stato avviato il modello Budget di salute. Si e' proceduto alla valorizzazione delle schede di Progetto ad alta complessita' nella documentazione clinica del paziente

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Circolare RER 2 / 2016

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione di un Audit clinico per la valutazione del PDTA Esordi Psicotici	Atti DAISM DP	Sì/No		Sì	No	Sì		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.5.1.9**	**Disturbi del comportamento alimentare**			

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	Il PDTA è attualmente in corso di revisione su indicazione delle DS. Nel 2017 e nel 2018 il nostro PDTA DCA è comunque stato coinvolto in 2 audit regionali (il primo organizzativo, il secondo clinico) sull’appropriatezza dei percorsi territorio-residenze. Per le suddette ragioni si ritiene opportuno rinviare l’audit al 2020, in un periodo immediatamente successivo all’approvazione della revisione del PDTA ed alla diffusione della stessa.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 1423/2017 scheda 17

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione di un audit clinico per la valutazione del PDTA-DCA	Atti DAISM DP	Sì/No		Sì	No	No		

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 attivita' formative e di supervisione. Realizzazione di un report annuale delle attivita'.	Stanno avanzando i lavori del gruppo dedicato, che dopo la realizzazione di una mappatura dei percorsi attivati nei diversi servizi dipartimentali sta procedendo alla definizione di modalità di intervento omogenee e in linea con le indicazioni regionali

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Mappatura dei percorsi in essere nei Servizi DAI SM-DP	Atti DAISM DP	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

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**			

Prosecuzione delle attività di “cruscotto” per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.	Con un incontro di condivisione, il Direttore ha presentato il nuovo riassetto della rete residenziale in virtu' dei nuovi bisogni emersi dai PDTA dipartimentali ed aziendali e alla maggiore attenzione al segmento giovane adulto, a seguito degli incontri per la la coprogettazione con i professionisti e i diversi gestori al fine di valutare l'offerta residenziale e con Budget di salute alla luce della gara per la gestione della attivita' socio sanitarie espletata nel 2015

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N report Cruscotto E-U	Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	15,00	30,00	16,00	35,00		
Piano di revisione della rete residenziale socio sanitaria	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
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.	Sono proseguite le attivita' inerenti alla prossima chiusura della REMS di Casale di Mezzani, con proposta di riconversione della struttura per giovani adulti

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	DGR 1423/2017 scheda 8 , DGR 830/2017, DGR 919/18

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**2.5.1.12**	**Percorsi giudiziari**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/ num residenti ammessi nelle REMS	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		91,00%		

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).	Proseguono regolarmente, come previsto, gli incontri del Tavolo Locale di Monitoraggio (CML) ed è in via di definizione il nuovo accordo triennale di fornitura con gli Enti Accreditati (come da Piano Regionale Tossicodipendenze).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 1423/2017 scheda 4

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri CLM (Commissione locale di monitoraggio)	Verbali CLM	Numero >=		4,00	3,00	7,00		
Numero Progetti su Budget di Salute	Sistema Informativo CT	Numero >=		10,00	5,00	6,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.5.1.14**	**Attivita' di prossimita'**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggi/ mappatura delle realta' giovanili per le nuove dipendenze e modalita' di assunzione, facilitazione dell'invio dei medesimi ai servizi di cura serd	Le uscite dell'Unita' di Strada sono proseguite con regolarita' per tutto il 2019. Sono stati avviati gli accordi per la collaborazione con il PS per quel che concerne il Progetto regionale dell'operatore di corridoio

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**2.5.1.14**	**Attivita' di prossimita'**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di uscite sul territorio per conoscenza dei gruppi giovanili marginali nel territorio cittadino	Evidenza documentali	Numero >=		20,00	51,00	98,00		

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			E' stata completata l'attivita' di rete fra l'opitalita' privata acccreditata, le Comunita' terapeutiche, i Gruppi AMA e i MMG attraverso la condivisione di moduli specifici per la realizzazione di percorsi piu' efficenti ed efficaci		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione percorso condiviso con MMG per alcoldipendenza	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		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		

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**			
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".			Presso ogni Distretto sono proseguite e si sono consolidate le azioni intraprese nel 2018 nell'ambito dei Progetti per la prevenzione e il contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. Tutti i Progetti sono stati definiti in collaborazione con i Piani di Zona distrettuali e hanno coinvolto il DIpartimento di Cure Primarie		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 (scheda 19)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero progetti Distrettuali che coinvolgano il sistema delle Cure Primarie	Evidenza documentale	Numero >=		4,00	4,00	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.			Il referente del "cruscotto" aggiorna periodicamente la direzione del DAISMDP; semestralmente i dati vengono condivisdi in Comitato di Dipartimento; il report annuale viene condiviso e diffuso a tutto il personale del dipartimento.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report semestrale del cruscotto	evidenze documentali	Numero >=	1,00	2,00	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 implementazionedell'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.	Nel novembre di quest'anno e' stato realizzato un percorso formativo in ambito BdS per favorire e promuovere l'integrazione tra gli Enti Locali e l'Azienda, allo scopo di condividere le esperienze fin ora realizzate e analizzare le criticita' incontrate. Sono state sviluppate in quella sede interessanti proposte migliorative. E' proseguita l'attivita' di coordinamento del progetto Budget di Salute in qualita' di azienda capofila per la Regione. A livello Aziendale con modalita' di BdS di gruppo sono stati attivati progetti di "laboratori di mezzo", dove gli utenti possono migliorare le competenze di asse lavoro/socialita'

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evento formativo dedicato al Budget di salute	Report eventi formativi	Sì/No				Sì		
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	% >=				70,00%		

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.	E' continuato il programma per raggiungere l'obiettivo Contenzioni zero. Nel corso del 2019 le contenzioni sono state 6 e per ciascuna è stato effettuato l'audit. L'intervento è considerato residuale.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano formativo per il personale per la prevenzione	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

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'attivita' di sviluppo dei programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca	Durante il 2019 si e' svolto regolarmente il Publication day, nel quale e' stata illustarta la sempre intensa attivita' di ricerca del DAISDP Si segnala, oltre al forte impulso della componente universitaria, 35 pubblicazioni sono a livello nazionale e internazionale L'Osservatorio Dipendenze collabora con l'ASL di Bologna e di Forlì ad una ricerca sulla mortalità per cocaina pubblicata su European Addiction Research (16/10/2019; DOI 10.1159/000503343).

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza pubblicazioni su riviste nazionali e/o internazionali/anno	evidenza documentale	Numero >=		8,00		71,00		
Evento "Publication day"	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		

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.	E' proseguita l'attività del gruppo di lavoro dedicato alla medicina di genere. Il 20 novembre è stato realizzato un convegno sul tema "Ogni genere di sguardo. La dipendenza tra cura, educazione e valore delle differenze in una medicina di genere e salute al femminile"

Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 9

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N incontri del Gruppo di Lavoro	Verbali	Numero >=	2,00	4,00	2,00	5,00		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**2.5.1.22**	**Qualità ed Accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico/Formazione**			

Descrizione	Rendicontazione
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. 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. Valutazione della ricaduta della Formazione sulle pratiche operative	CLINICAL COMPETENCE: il gruppo di lavoro dedicato sta proseguendo i lavori per la definizione delle competenze specifiche previste per la figura professionale dell'infermiere all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, a partire dall'elaborazione dei dati ricavati da specifici questionari somministrati agli infermieri dei servizi del DAISMDP. CARTA DEI SERVIZI: la nuova Carta dei Servizi del DAISMDP è stata diffusa a tutto il personale del Dipartimento attraverso la rete qualità. INDAGINI DI QUALITA' PERCEPITA: durante il 2019 sono state realizzate 3 infdagini di qualità percepita, una per ogni Area disciplinare. Per l'Area NPIA sono già disponibili gli esiti dell'indagine di QP realizzata presso la Casa del bambino e dell'Adolescente, in collaborazione con le associazioni di volontariato/auto-mutuo-aiuto già attive presso la struttura. Per l'area SMA l'indagine è stata realizzata tramite questionari somministrati presso tutte le strutture residenziali (RTI e RTE); attualmente i dati sono in fase di elaborazione. Nell'ambito dell'Area DP è in corso la somministrazione di questionari di QP ai nuovi utenti che si rivolgono ai SerDP per problemi connessi al Gioco d'Azzardo. GOVERNO CLINICO: il sistema di pianificazione e verifica del DAISM prevede la raccolta costante dei dati relativi al Governo Clinico e la redazione di report semestrali. E' stato redatto e condiviso con tutto il personale del DAISMDP il report semestrale; il report annuale verrà redatto, come previsto, a fine anno.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progetto di Miglioramento sul sistema di rilevazione della Clinical Competence	atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		
Diffusione della nuova Carta dei Servizi	atti DAISMDP	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Indagine qualita' percepita in ogni area disciplinare	atti DAISMDP	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Report Dipartimentale sul Governo Clinico	atti DAISMDP	Sì/No		Sì	No	Sì		

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

Descrizione	Rendicontazione
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. Il nuovo sistema sarà fortemente interfacciato con il Fascicolo Sanitario elettronico e con la Piattaforma Sole.	Le attivita' del Referente del Sistema informativo si sono ulteriormente intensificate nel secondo semestre, dove sono stati avviati i test del nuovo applicativo e le attivita' legate all'importazione della base dati resente sul sistema Efeso. Inostre, in collaborazione con il RIT, si e' provveduto all'analisi della dotazione hardware delle UUOO di Salute mentale adulti, in previsione dei test di inizio 2020 su Parma

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza del Referente ai test di Imola	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	2.5.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza Nel 2019, le azioni aziendali da sviluppare mirano a: - dare attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi - dare attuazione alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare n. 1/2017, in particolare per quanto riguarda l'accesso, la presenza di èquipe funzionali multiprofessionali e il potenziamento dei percorsi in emergenza/urgenza - garantire la presenza di Unità di strada per la prevenzione dei rischi	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	2.5.2.1	DGR 977/19 - Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Attuazione alla circolare 3/2018			

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

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

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

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

Descrizione	Rendicontazione

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

Attuazione alla circolare 1/2017 (percorsi di cura e salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti) in particolare per accesso, equipe multiprofessionali funzionali e potenziamento di percorsi emergenza	Le equipe funzionali adolescenti sono stati attivate in tutti i distretti al fine di favorire continuità di cura in una logica unitaria che superi le frammentazioni disciplinari Punti di accesso per adolescenti sono attivi e si sta procedendo al loro coordinamento Le procedure per l'EU di minori e adolescenti già realizzate nel 2013 sono in corso di implementazione con l'attivazione dei percorsi in PS al fine di facilitare accesso alle cure delle persone della fascia 14-25 anni

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione di punti di accesso dedicati agli adolescenti	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		4,00		
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Descrizione	Rendicontazione
Garantire la presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	L'Unità di Strada è presente nelle articolazioni del Programma DP e garantisce attività di riduzione dei rischi nei contesti diurni di strada e negli istituti scolastici del capoluogo di provincia, nei contesti notturni del divertimento giovanile su Parma e provincia . E' a gestione diretta del Programma DP e attua i suoi interventi con personale dipendente e in collaborazione con Cooperative Sociali in convenzione.

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	**2.5.2.3**	**DGR 977/19 -Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale: Unità di Strada per la prevenzione dei rischi**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza di Unità diStrada per la prevenzione dei rischi	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**2.5.2.4**	**DGR 977/19 - Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico**			

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

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

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

Sub-Area piano delle azioni	2.6	Medicina riabilitativa

Settore	2.6.1	Quadro generale

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 equipe 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 ci 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. E' 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 eliggibilità 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.	Nel corso dell'anno sono proseguite le attività per l'attuazione del progetto regionale 3.8 , programma di prevenzione delle cadute nell'anziano, inserito nel piano di prevenzione RER 2015-2018 ed esteso al 2019 .

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	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 fisiatri referenti. Approfondimento degli aspetti di integrazione percorribili con la Medicina Riabilitativa della AOU di Parma per l'intercettazione e la valutazione della eliggibilità degli utenti ai percorsi dedicati già in fase di ricovero da parte del medico fisiatra ospedaliero.	Il contributo dei professionisti della riabilitazione nelle commissioni UVM e GraDA è proseguito in tutti gli ambiti distrettuali . In allegato a scopo esemplificativo attività svolta nel Distretto di Parma.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	evidenza documentale agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	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.	I professionisti della riabilitazione della Azienda individuati hanno fornito il loro contributo progettuale alle attività del gruppo di lavoro istituito, anche tramite partecipazione agli incontri programmati (19/2; 9/4, 18/9, 9/10 2019). Per quanto riguarda gli aspetti peculiari degli interventi di riabilitazione sanitaria nelle diverse fasi della malattia, si è dato avvio ad una attività preliminare (12.12.19) di confronto tra professionisti della riabilitazione dei diversi servizi di Medicina Riabilitativa presenti nella azienda per l' identificazione di indicazioni operative omogenee nei diversi ambiti distrettuali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Piano delle performance 2017-2019

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale	evidenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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	Sono proseguite nella C.d.S. Pintor-Molinetto le attività multi/inter professionale di presa in carico degli assistiti afferenti alla UOS di MR , anche con modalità DSA2, modalità che prevede la integrazione delle attività cliniche con le risorse specialistiche presenti nella struttura. Gli utenti non eleggibili sono stati presi in carico con modalità ambulatoriale e/o domiciliare in considerazione delle necesità prevalenti e della appropriatezza del setting.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	evidenza	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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
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	E' stato effettuato nel primo semestre dell'anno il contributo progettuale al gruppo di lavoro RER istituito. I professionisti della riabilitazione della Azienda hanno contribuito alla costruzione del piano formativo che si è reso necessario sulla base delle indicazioni della DGR RER n. 1844 e della identificazione dell'Albo dei prescrittori. E' stato istituito in ambito interaziendale il gruppo di lavoro multiprofessionale (primo incontro svolto in data 9.12.19) con il compito di declinare i contenuti dei nuovi LEA e delle Linee di indirizzo RER in modo omogeneo. Previsto avvio formazione ausili assistenziali con modalità interaziendale per il primo trimestre 2020.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		DPCM 12 GENNAIO 2017 DGR 1844 5.11.2018

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza documentale	evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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.	Sono proseguiti gli incontri interaziendali dell'ambito del Polo Riabilitativo Provinciale con la partecipazione ed il contributo dei professionisti della Riabilitazione di tutti i distretti. Dal mese di febbraio è divenuto operativo il sistema di segnalazione ai servizi di MR del territorio tramite strumento e-elearning dei pazienti che necessitano di proseguimento delle attività di riabilitazione alla dimissione. Parallelamente viene garantita la continuità ospedale- territorio per gli utenti con dfisabilità conseguenti a patologie neurologiche e malati SLA.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) DEL. 919/18

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.6.1.6**	**Polo Riabilitativo Provinciale**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenze documentali	evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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 fisiatri 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	Sono proseguite nel corso del primo semestre dell'anno le attività riabilitative finalizzate alla presa in carico di utenti affetti da disabilità neuro-motorie complesse in età evolutiva. Parimenti sono state garantite le attività fisiatriche di consulenza di 2° livello. Nel mese di luglio sono stati identificati dalla Direzione del Distretto i componenti del Board della CdS per il bambino . con la finalità di migliorare l'informativa ai Pediatri e all'utenza rispetto alle attività del Servizio di Medicina Riabilitativa del Distretto di Parma svolte nella nuova sede è stata predisposta brochure informativa. Nel secondo semestre dell'anno è stata attivata presso la CdS per il bambino la attività di visita fisiatrica nella fascia di età 0-18 mesi per gli utenti residenti nel Distretto di Parma, su invio diretto del Pediatra. Parimenti, sempre su invio diretto del Pediatra , sono state attivate per la stessa fascia di età le attività di valutazione fisioterapica.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	
2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	DGR 1423/2017	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	evidenze	Sì/No	Sì	Sì	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

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**			

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	Gli aspetti peculiari della attività e le proposte di riorganizzazione sono state identificate in un documento sottoposto a parere della DS. Nel Distretto di PR si è avviata parte della riorganizzazione delle attività tramite apertura di ambulatori dedicati alle visite di controllo , autogestite dal prescrittore e prenotabili direttamente nel Servizio tramite apertura di n.2 ambulatori mensili dedicati. Nel secondo semestre dell'anno è stato effettuato incontro con i Pediatri afferenti al DCP del Distretto (incontro UPCP 1.10.19) durante il quale è stata presentata la progettazione di ambulatori fisiatrici dedicati 0-6 anni e sono state effettuate le proposte per l'utilizzo di strumenti, quale il "Guide for Monitoring Child Development " (GMCD) ritenuto dalla recente letteratura internazionale guida validata per la valutazione e la promozione dello sviluppo nei primi anni di vita , di particolare supporto ai professionisti delle Cure primarie pediatriche.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	evidenze	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

Sub-Area piano delle azioni	2.7	Percorsi di salute per la popolazione immigrata

Settore	2.7.1	Quadro generale

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.	Gli incontri informativi/formativi con gli operatori dei CAS (Centri di accoglienza straordinaria), con gli immigrati e con i mediatori hanno messo in evidenza alcune criticità: non adeguate literacy degli operatori in riferimento alle conoscenze possedute dal migrante sulla "salute" , una scarsa Health literacy dei migranti relativamente all'organizzazione del SSN e relativamente a programmi di prevenzione, la difficoltà dei mediatori linguistici nel favorire modalità di presa in carico che pongano il migrante al centro del proprio percorso di cura.

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.7.1.1**	**Promozione della salute**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri di informazione-formazione con Operatori e Immigrati	Verbali incontro c/o Casa della Salute	Numero >=		3,00	3,00	6,00		
incontri di informazione-formazione con i mediatori linguistici	verbali degli incontri	Numero >=		5,00	2,00	9,00		

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
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 diffusive prevenibili, favorire l'emergenza di fragilità e documentare situazioni di tortura	E' prossima l'attivazione della convenzione tra Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e Azienda Ospedaliero– Universitaria di Parma per prestazioni in materia di Infettivologia nell'ambito della realizzazione del Progetto Rete Assistenziale Infettivologica Provinciale Integrata. Attraverso questa convenzione l'ambulatorio spazio salute immigrati potrà beneficiare di assistenza specialistica infettivologica attraverso un percorso integrato, migliorando così l'assistenza ambulatoriale. Il servizio sta infatti programmando un semplice percorso diagnostico-terapeutico per facilitare l'assistenza della popolazione migrante affetta da patologie infettive.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. prestazioni/n. persone in carico	cartelle cliniche	Numero >=	1,50	2,00	1,00	2,00		
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento	cartelle cliniche	% >=	70,00%	70,00%	40,00%	70,00%		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**2.7.1.3**	**Presa in carico e cura di vittime di tortura**			

Descrizione	Rendicontazione
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	E' consolidata la presa in carico multidisciplinare nel coordinamento socio-sanitario delle vittime di tortura/ soggetti vulnerabili. I casi complessi vengono segnalati al Ciss ed inseriti all'ordine del giorno con tutti gli attori referenti del caso.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. certificazioni	salute immigrati	Numero >=	10,00	20,00	15,00	20,00		
Incontri Coordinamento Socio Sanitario	verbali degli incontri	Numero >=	4,00	8,00	5,00	8,00		

Sub-Area piano delle azioni	2.8	SANITA' PENITENZIARIA

Settore	2.8.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
I provvedimenti normativi contenuti nel DPCM 01.04.2008 e i successivi atti regionali hanno disegnato il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal servizio Sanitario Regionale. La DGR 588/2014 definisce la Casa di promozione e tutela della salute in carcere come un presidio dell'AUSL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dall'accesso, attraverso la collaborazione dei professionisti e la condivisione dei percorsi assistenziali.I conseguenti atti regionali ed aziendali richiedono ora la realizzazione di interventi riorganizzativi che traducano in operatività le indicazioni programmatiche.	

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.	Proseguono le azioni finalizzate al consolidamento dell'aspetto organizzativo del servizio al fine di garantire una assistenza di qualità attraverso: l'istituzione dell'infermiere di sezione, l'ambulatorio per le cronicità (in via di perfezionamento) , la Equipe nuovi Giunti e la ripresa delle attività di promozione della salute come da circolare regionale n.7 del 20/06/2019"Promozione della Salute".

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività equipe integrata	Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		

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
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	La funzione del ritorno di referti è in parte attiva; Il servizio RIT sta lavorando per perfezionare questo aspetto. Il test di screening è effettuato a tutti i nuovi giunti che sono risultati detenuti oltre 14 giorni (HBV, HCV, HIV e Lue). Gli interventi di Promozione della salute hanno ripreso. E' stata presentato in sede di Budget una redifinizione dell'aspetto organizzativo e assistenziale del personale infermieristico .

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici.	Rendicontazione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		
Nr. nuove persone detenute nell'anno per = 14 giorni screenate per HIV/Nr. nuovi ingressi dell'anno detenuti per = 14 giorni.	SISPER	% >=		90,00%		90,00%		
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/ educazione alla salute/Nr. totale sezioni	Rendicontazione aziendale	% >=		100,00%		100,00%		
definizione dei ruoli e funzioni dell'infermiere penitenziario	Rendicontazione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	2.8.2	DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2019 le Aziende dovranno migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, attraverso la registrazione delle informazioni cliniche nelle apposite schede, e la loro gestione, secondo quanto previsto dal Flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali. É necessario inoltre che la cartella clinica sia chiusa nel momento in cui il detenuto viene dimesso per scarcerazione o trasferimento in altro Istituto.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**2.8.2.1**	**DGR - 977/19 - Assistenza sanitaria nelle carceri**			

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

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

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

Area	3	ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sub-Area piano delle azioni	3.1	Obiettivi di Presidio Ospedaliero

Settore	3.1.1	Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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 imporatnti di tipo organizzativo. In particolare, la riorganizzazione dei comparti operatori e degli ambulatori di prericovero dovranno detrminare un impatto positivo sulla gestione delle liste di attesa. in quest'ambito dovrà essere ridefinita la gestione complessiva dei percorsi.	

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	Rendicontazione
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.	I professionisti di AUSL afferenti al Presidio Ospedaliero aziendale hanno partecipato ai gruppi di lavoro interaziendali per l'elaborazione dei progetti di costituzione di: Rete Provinciale Infettivologica; Polo Oncologico; PDTA SLA; PDTA OSAS; Revisione: PDTA Scompenso Cardiaco; PDTA Stroke; Percorsi di integrazione per Liste d'attesa chirurgiche; Attività NAO/TAO.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	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 .			Nel corso del 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro di Presidio per la riorganizzazione delle attività di pre ricovero . E' stato inoltre costituito un gruppo di lavoro per l'applicazione all'interno del Presidio del regolamento aziendale della gestione delle liste di attesa, con l'identificazione di una rete di operatori che garantiranno, all'interno del Presidio, l'applicazione delle indicazioni del RUA.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formazione di un gruppo di gestione delle liste di attesa di Presidio Ospedaliero	P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Evidenza documentale della gestione dei programmi operatori	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**3.1.1.3**	**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')			Nel corso del 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro che sta rivalutando i PDTA e le procedure dei due stabilimenti ospedalieri con lo scopo di unificare le relative documentazioni secondo le modalità previste dall'accreditamento. Il percorso ha portato alla identificazione dei PDTA e delle procedure con priorità di adeguamento. Sono stati elaborati i Piani di Attività dei Dipartimenti Ospedalieri.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	P.O. AZIENDALE	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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
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	Nel corso del 2019 è stato completato il trasferimento al regime ambulatoriale degli interventi per ernia inguinale ed ombelicale presso la struttura ospedaliera di Fidenza. Da un'analisi dei dati al 3° trimestre 2019 effettuata sui ricoveri ordinari con DRG potenzialmente inappropriati, si evidenzia che l'obiettivo della diminuzione di inappropriatezza è stato in parte raggiunto sul DRG 538 (-9,68%).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
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)			Nel corso del 2019 è stata realizzata l'applicazione dell'algoritmo NEDOCS nel software di Pronto Soccorso mediante una rilevazione giornaliera. Il Piano per l'iperaflusso 2018/2019 è stato predisposto e regolarmente applicato. E' stato predisposto dal RIT e condiviso con il coordinatore di PS un Software, implementato dai reparti di degenza, che consente al PS la visione dei posti letti occupati compresivi degli appoggi. Sono in fase di predisposizione due percorsi per i pazienti "fragili" psichiatrici e "a fine vita".		
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 1827/17	

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rilevazione algoritmo NEDOCS	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Predisposizione e Applicazione piano 2018-2019 per l'iperflusso	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì	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		Sì		
Predisposizione di percorsi/protocolli di interfaccia con CRA e altre strutture di cura intermedie in relazione alle tematiche piu frequenti (IVU, cadute, fine vita,..)	Direzione di Presidio Ospedaliero	Numero >=		2,00		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.	E' stato predisposto, in collaborazione con l'Ufficio Qualità Aziendale, i Piani di Attività del Dipartimento Interaziendale Emergenza Urgenza

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento	Atti del Dipartimento	Sì/No	Sì	Sì	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	Il Dipartimento di Emergenza Urgenza nel corso del 2019 ha completato il corso specifico, organizzato in qualità di capofila dalla AUSL di Piacenza che ha coinvolto 3 operatori di Pronto Soccorso, di cui 2 medici e 1 infermiere, e 1 medico 118.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formazione personale PS, 118, ginecologi, pediatri	Direzione di Presidio	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	3.2.2	Obiettivi del Dipartimento Medico

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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. 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	

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.	Nel corso del 2° semestre è stato consolidato l'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata all'Ospedale di Fidenza da parte di tutte le UU.OO.. Si sono inoltre organizzati diversi incontri informativi/ formativi presso la sede ospedaliera di Borgotaro. E' in stato di avanzamento la progettazione della cartella medica informatizzata il cui avvio è previsto nel 2020.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione dell'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata in tutte le UU.OO. Del Dipartimento a Fidenza	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Avvio dell'utilizzo cartella infemieristica informatizzata a Borgotaro	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No		Sì		Sì		
Progettazione della cartella medica informatizzata	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Avvio utilizzo cartella medica informatizzata	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No		Sì		No		

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 coorelate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.	Sono stati redatti, in collaborazione con l'Ufficio Qualità Aziendale, i Piani di Attività del Dipartimento.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento	Atti del Dipartimento	Sì/No	Sì		Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**3.2.2.3**	**Dipartimento Medico - Percorsi di somministrazione sicura**			

Descrizione	Rendicontazione
Utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia	E' stato consolidato l'utilizzo costante e sistematico del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione della terapia in tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento

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	**3.2.2.3**	**Dipartimento Medico - Percorsi di somministrazione sicura**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza	Direzione Dipartimento	Sì/No		Sì		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	E' stato ripristinato l'organico dei dirigenti medici delle UU.OO. di Cardiologia e Medicina e sono state riorganizzate le agende di prenotazione, ottenendo un miglioramento degli indici di performance alla data del 30.11.2019.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance prestazioni programmabili - Ospedale di Fidenza	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	93,00%	92,00%		
Indice di Performance prestazioni programmabili - Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	93,00%	93,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale di Fidenza	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	66,70%	68,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro	portale MAPS	% >=	86,00%	90,00%	84,00%	86,00%		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.2.5**	**Dipartimento Medico - Volumi ed esiti**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.2.5**	**Dipartimento Medico - Volumi ed esiti**			
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106) In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza			Nel corso del 2019 è stata completata la revisione del PDTA dello Stroke e i valori finali raggiunti al primo semestre 2019, sono da ritenersi soddisfacenti rispetto agli indicatori dei valori attesi da normativa.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		98,08%		
% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		98,66%		
% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		12,00%		20,73%		
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		23,65		
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		13,84		

Settore	3.2.3	Obiettivi del Dipartimento Chirurgico

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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. 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	

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.	Nel corso del secondo semestre è stato consolidato l'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata nella sede di Fidenza. Si sono inoltre organizzati diversi incontri informativi/formativi presso le Unità Operative della sede ospedaliera di Borgotaro. E' in stato di avanzamento la predisposizione della cartella medica informatizzata il cui avvio è previsto per l'anno 2020.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione dell'utilizzo della cartella infermieristica informatizzata in tutte le UU.OO. Del Dipartimento a Fidenza	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Avvio dell'utilizzo cartella infermieristica informatizzata a Borgotaro	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No		Sì		Sì		
Progettazione della cartella medica informatizzata	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Avvio utilizzo della cartella medica informatizzata	Direzione di Presidio Ospedaliero	Sì/No		Sì		No		

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 coorelate al miglioramento così da permettere la chiusura del ciclo e costituire una conseguente premessa nell'ottica di una nuova pianificazione.	Sono stati redatti, in collaborazione con l'Ufficio Qualità Aziendale, i Piani di Attività del Dipartimento.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Piano delle Attività e di miglioramento	Atti del Dipartimento	Sì/No	Sì		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	E' stato consolidato l'utilizzo costante del programma informatizzato di prescrizione e somministrazione della terapia in tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento.

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	**3.2.3.3**	**Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza di utilizzo costante in tutte le U.O. di degenza	Direzione 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	**3.2.3.4**	**Dipartimento Chirurgico - ORMAWEB**			

Descrizione	Rendicontazione
Completamento della informatizzazione del percorso chirurgico (ORMAWEB)	E' stata realizzata l'informatizzazione del programma operatorio a supporto del processo di informatizzazione del percorso chirurgico. Per quanto concerne l'uniformazione della cartella anestesiologica per la parte del consenso informato e dell'utilizzo della prescrizione informatizzata in entrambi gli stabilimenti ospedalieri, la mancata acquisizione di una parte del programma software e della necessaria dotazione di attrezzature hardware idonee al Comparto Operatorio di Fidenza (2^ piano) non consente attualmente la piena attuazione del percorso informatizzato.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirugico: programma operatorio	Direzione PO	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirugico: cartella anestesiologica	Direzione PO	Sì/No		Sì		No		

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)	Nel secondo semestre è stato completato il progetto di riorganizzazione del percorso di pre ricovero, con la centralizzazione dell'attività per lo stabilimento di Fidenza, che sarà estesa a quello di Borgotaro nel 2020. Anche il progetto di riorganizzazione dell'attività di sala operatoria a Fidenza è in fase di avanzamento e sarà completato con l'ultimazione dei lavori di ristrutturazione dell'intero Comparto Operatorio.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione di Presidio	Sì/No		Sì		Sì		

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.			I dati CEDAP riferiti al 1° semestre 2019 risultano attualmente disponibili. I valori relativi alla % di tagli cesarei primari risulta essere in linea con i valori di riferimento. Per quanto concerne la % di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN i dati 2019 non sono ancora disponibili. Le azioni introdotte dopo il superamento del punto nascita di Borgotaro hanno consentito anche nel 2° semestre 2019 una gestione delle gravidanze in qualità e sicurezza.		
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	**3.2.3.6**	**Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di tagli cesarei primari HUB	CEDAP	% <=		25,00%				
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE	CEDAP	% <=		15,00%		15,42%		
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2016 spoke con numero parti >=1.000)	CEDAP	% <=		7,00%		9,15%		
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	Sì/No		Sì		Sì		

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	I dati CEDAP riferiti al 1° semestre 2019 risultano attualmente disponibili. I valori relativi alla % di donne sottoposte ad IVG chirurgiche per lo stabilimento di Fidenza risulta essere pari al 21,81%, in netto miglioramento rispetto al dato 2018 dove il dato si attestava al 43,1%, mentre per quanto concerne Borgotaro risulta pari a 0%. Per quanto concerne la % di IVG mediche, anche in questo caso i valori sono migliorati rispetto all'anno precedente attestandosi per lo stabilimento di Fidenza al 22,37%, rispetto al dato del 30,26% del 2018, mentre per Borgotaro risulta essere pari al 57,89%.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18 -

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.2.3.7**	**Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche.	Rilevazione IVG	% <=		25,00%		21,81%		
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.	Rilevazione IVG	% >=		27,00%		40,13%		

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)	La rilevazione dei dati retrospettivi SDO, inviati dalla RER alla data del 30.09.2019, ha evidenziato un miglioramento degli indicatori per quanto concerne i tempi di attesa dei tumori e di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. Nel secondo semestre si è provveduto a migliorare e a rendere più coerente con le indicazioni regionali l'assegnazione dei pazienti alle classi di priorità ed ad una puntuale pulizia di lista.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 919/18

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
IP Per i tumori selezionati (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		
IP per le protesi d'anca (entro 180 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		97,60%		
IP per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		98,00%		
Corretta alimentazione flusso SIGLA	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Rivalutazione delle modalità di assegnazione delle classi di priorità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Rivalutazione delle modalità di assegnazione delle classi di priorità del tumore della prostata sulla base di protocolli concordati (Documento RER	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Rispetto dei TdA per gli interventi sottoposti a monitoraggio secondo il nuovo PNGLA 2108-2020	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		92,20%		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.3.9**	**Volumi-esiti - Dipartimento Chirirgico**			

Descrizione	Rendicontazione
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti . Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15	Dai dati disponibili relativi ai primi nove mesi 2019 si può evidenziare che il N° di colecistectomie effettuate a Fidenza è stato pari a 144 di cui 130 in modalità laparoscopica; il N° di colecistectomie effettuate a Borgotaro sono state 68 di cui 66 in modalità laparoscopica. Per quanto concerne la proporzione di casi di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria <= 3gg il valore è stato raggiunto nel 76,54% dei casi trattati . Nel corso del 2019 sono risultati regolarmente attivi i gruppi di valutazione multidisciplinare per la definizione collegiale della indicazione chirugica ad intervento di chirurgia oncologica.

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 919/18 -

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	**3.2.3.9**	**Volumi-esiti - Dipartimento Chirirgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per struttura/anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		76,54%		
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%		74,30%		
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		100,00%		
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		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 inappropriatezza	Nel corso del 2019 è stato completato il trasferimento al regime ambulatoriale degli interventi per ernia inguinale ed ombelicale presso la struttura ospedaliera di Fidenza. Con l'introduzione della DGR 977/19 per la verifica degli indicatori si rimanda al punto 3.2.5.8 .

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (rispetto al 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
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)	Il numero di donazioni di cornee al 11.11.2019 è stato pari a 38 pari al 18% dei decessi. L'obiettivo per l'anno 2019 può ritenersi raggiunto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18 -

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
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	Sì/No		Sì		Sì		
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		18,00		

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
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)	La pubblicazione dei dati relativi alla compilazione della scala giornaliera di rilevazione del dolore riportata su SDO viene effettuata a completamento dell'annualità. Per quanto concerne l'anno 2019 si precisa che tale rilevazione non è avvenuta in modo omogeneo. Per l'anno 2020 è previsto una completezza maggiore della compilazione della SDO in quanto tale dato sarà ricavato dalla cartella infermieristica informatizzata.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero.	nuova SDO campo B025	% >=		95,00%		0,81%		

Settore	3.2.5	DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Per il 2019, le Aziende USL dovranno: - monitorare l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati. - garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Per sostenere e promuovere attivamente la health literacy, andrà incoraggiata l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La "Scheda scelta del parto" è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. - garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono, come previsto a seguito dell'approvazione dei nuovi LEA. - promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono, in particolare le nullipare e le donne straniere - garantire un'assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA).	

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

Obiettivo	3.2.5.1	DGR - 977/19 - Percorso nascita - - Dipartimento Chirurgico

Descrizione	Rendicontazione
Azioni cui sono chiamate le Aziende: monitorate l'applicazione dei protocolli STAMI e STENI, garantire assistenza appropriata alla gravidanza ed al puerperio, incoraggiare l'adozione della "Scheda scelta del parto" quale strumento della continuità assistenziale. Garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva, promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, garantire assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo	I dati CEDAP riferiti all'anno 2019 consentono di rilevare i dati relativi alla % di tagli cesarei primari nei primi 12 mesi dell'anno rispondono al valore di riferimento e che la % di parti cesarei nella classe I di Robson per la sede SPOKE sono in linea nel 98% della casistica trattata.

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**3.2.5.1**	**DGR - 977/19 - Percorso nascita - - Dipartimento Chirurgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
%Tagli cesarei primari (spoke)	CEDAP	% <=		15,00%		14,74%		
% Parti cesarei nella classe I di Robson (Spoke - media 2018 per spoke con nr. parti > = 1.000))	CEDAP	% <=		9,00%		9,18%		
% Parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.	CEDAP	% <=		8,00%				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**3.2.5.2**	**DGR - 977/19 - 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), e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico	I dati CEDAP riferiti al 1° semestre 2019 risultano attualmente disponibili. I valori relativi alla % di donne sottoposte ad IVG chirurgiche per lo stabilimento di Fidenza risulta essere pari al 21,81%, in netto miglioramento rispetto al dato 2018 dove il dato si attestava al 43,1%, mentre per quanto concerne Borgotaro risulta pari a 0%. Per quanto concerne la % di IVG mediche, anche in questo caso i valori sono migliorati rispetto all'anno precedente attestandosi per lo stabilimento di Fidenza al 22,37%, rispetto al dato del 30,26% del 2018, mentre per Borgotaro risulta essere pari al 57,89%.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% Donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	rilevazione IVG	% <=		25,00%		21,81%		
% IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	rilevazione IVG	% >=		34,00%		40,13%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	**3.2.5.3**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.3**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

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

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

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.4**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	Nel corso del 2° semestre 2019 si è provveduto ad inserire le indisponibilità dei pazienti nel registro SIGLA con maggiore attenzione e puntualità. L'assegnazione delle classi di priorità ai casi trattati è migliorata. Inoltre si è provveduto a richiamare i pazienti presenti in lista con tempi di attesa superiori alla classe di priorità assegnata per una rivalutazione clinica.

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.4**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per gli interventi monitorati (entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		92,20%		
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe priorità A (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		88,80%		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.5**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Casi cancellati o ricoverati	Rispetto ai casi inseriti in lista prima del 31.12.2017, la percentuale di pazienti cancellati o ricoverati è pari al 98.6% L'abbattimento è quindi in linea con le indicazioni regionali ed entro il 31.12.2019 si raggiungerà la soglia del 100%. Per raggiungere l'obiettivo sono state attivate delle sedute chirurgiche aggiuntive.

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

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.6**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.6**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Rispetto obiettvi DGR 272/2017	Nel corso del 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro a livello di Presidio per la riorganizzazione delle attività di pre ricovero . E' stato inoltre costituito un gruppo di lavoro per l'applicazione all'interno del presidio del regolamento aziendale della gestione delle liste di attesa, l'informativa, costituita da un modulo informatico da stampare e consegnare ai pazienti al momento dell'accesso ambulatoriale è stata regolarmente predisposta. I gruppi di lavoro hanno prodotto dei documenti che saranno approvati in sede Dipartimentale entro il 31.12.2019.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione nr. Obiettivi raggiunti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.7**	**DGR - 977/19 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico**			

Descrizione	Rendicontazione
Indice di completezza	Nel corso del 2019 l'invio a SIGLA si è completato nel 93% dei casi. E' stata effettuata un'analisi delle non conformità legate alla gestione di urgenze differite di fratture e al non corretto utilizzo dell'applicazione. Come da indicazione regionale sono state effettuate delle analisi dei flussi tra SIGLA e SDO ed individuate le non concordanze che interessavano una casistica abbastanza diversificata che ha permesso di intervenire migliorando l'indice di completezza.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di completezza	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		93,00%		

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

Obiettivo	**3.2.5.8**	**DGR - 977/19 - 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 inappropriatezza	I controlli a campione realizzati a cura del Responsabile Aziendale Controlli effettuati fino al 3° trimestre 2019, hanno evidenziato una sostanziale appropriatezza di setting legata alle caratteristiche cliniche dei pazienti, pur dovendo segnalare una minoranza di casi trasferibili ad altri setting assistenziali. Si è provveduto ad una rivalutazione dei ricoveri ordinari per acuti relativo al DRG 088, rilevando che la modalità di accesso è quella urgente da PS e non programmata, dipendente pertanto dalla gestione della patologia a livello territoriale. E' stato inoltre effettuata una revisione della casistica in riferimento alla codifica dei casi dimessi per la corretta attribuzione al DRG 088.Sul DRG 429 incide in modo significativo l'inclusione delle diagnosi effettuate in ambito psichiatrico, non di pertinenza delle strutture ospedaliere di Fidenza e Borgotaro

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati. (griglia LEA)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,19		0,22		
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (< anno 2018)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		943,00		910,00		
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		59,10		12,25		
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	INSIDER	Numero <=		27,10		27,22		

Obiettivo	**3.2.5.9**	**DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete dei Centri di Senologia**

Descrizione	Rendicontazione
Applicazione DGR Regionale uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto ed assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	Il Presidio Ospedaliero non è sede individuata per la gestione chirurgica di casi di neoplasia della mammella. Viene regolarmente applicato il PDTA interaziendale relativo alla gestione delle pazienti oncologiche nell'ambito della Breast Unit delle Aziende Sanitarie della provincia di Parma. I dati richiesti non sono pertanto disponibili.

Obiettivo	**3.2.5.9**	**DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete dei Centri di Senologia**			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.2.2)	

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**3.2.5.10**	**DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per la terapia del dolore**			
Descrizione			Rendicontazione		
Rete per la Terapia del dolore: coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"			La pubblicazione dei dati relativi alla compilazione della scala giornaliera di rilavazione del dolore riportata su SDO viene effettuata a completamento dell'annualità e il dato per l'anno 2019 non è attualmente disponibile.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR977/19 (3.2.2.5)	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**3.2.5.10**	**DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per la terapia del dolore**			

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**3.2.5.11**	**DGR - 977/19 - Reti di rilievo regionale : Rete per le patologie tempo-dipendenti**			

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

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		98,08%		
% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		98,66%		
% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		20,73%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.12**	**DGR - 977/19 - Emergenza Ospedaliera**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.12**	**DGR - 977/19 - Emergenza Ospedaliera**			
Migliorare l'accesso ai servizi in EU e in particolare il buon funzionamento delle strutture di PS. Applicare le direttive del Piano per il miglioramento dell'Accesso in EU, migliorando i tempi di permanenza			I dati riferiti ai primi 9 mesi 2019 desunti dal software di Pronto Soccorso per quanto riguarda la % di accessi con permanenza <6h+1 risulta soddisfacente. E' stata attivata la Sezione della Radiologia d'Urgenza a Fidenza e migliorata l'attività di pedonage per il trasporto dei pazienti.		
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.3)	

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.13**	**DGR - 977/19 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**			
Descrizione			Rendicontazione		
Proseguire nella diffusione della cultura "donativa", nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti			Il numero di donazioni di cornee al 11.11.2019 è stato pari a 38 pari al 18% dei decessi. L'obiettivo per l'anno 2019 può ritenersi raggiunto.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.6)	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**3.2.5.13**	**DGR - 977/19 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**			

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**3.2.5.14**	**DGR - 977/19 - Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico**			

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

Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.7)

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	**3.2.5.14**	**DGR - 977/19 - Volumi-esiti Dipartimento Chirurgico**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Fidenza/anno	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		144,00%		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		68,00%		
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		74,30%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale di Fidenza	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		83,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale Santa Maria di Borgotaro	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		19,00%		
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		73,13%		
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**3.2.5.15**	**DGR - 977/19 - Procreazione Medicalmente Assistita**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA, implementando il sistema informativo della donazione, proseguendo nell'attività di promozione della donazione, aderendo anche alle indicazioni regionali per l'acquisizione di gameti all'estero.	Presso la sede ospedaliera di Fidenza, PMA di primo livello, non vengono effettuate donazioni nè cicli di PMA eterologa, in pertanto l'indicatore individuato non risulta applicabile.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.7.4)

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati.	Sistema informativo della donazione	% >=		90,00%				

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

Settore	3.3.1	Obiettivi generali

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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. L'accordo disciplina le principali linee di relazione istituzionale e tecnica tra le due aziende sanitarie pubbliche della provincia di Parma, oltre che la fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'Azienda USL di Parma, o comunque in carico assistenziale alla stessa, e con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. In aderenza alla specifica previsione programmatica regionale, obiettivi prioritari sono : - riconversione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero, in altre forme di degenza ovvero in altre forme di assistenza secondo il principio dell'appropriatezza organizzativa, - la rimodulazione delle piattaforme tecnico-assistenziali, anche attraverso lo sviluppo di modalità assistenziali per intensità di cura, - l'attuazione della normativa regionale in materia di rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri programmati con riferimento agli obiettivi declinati nella DGR 272/2017 ed ai contenuti della DGR n. 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" e del Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa , - la gestione delle attività di lungodegenza post acuzie/riabilitazione estensiva finalizzata al conseguimento delle condizioni di maggiore appropriatezza organizzativa dei ricoveri e di maggiore continuità assistenziale per i pazienti, - il consolidamento di percorsi assistenziali finalizzati a garantire celere risposta assistenziale di degenza per pazienti provenienti da Pronto Soccorso. Dovranno essere richiamate le previsioni della DGR 977/2019, come esplicitate al capitolo 3 dell'Allegato B, inerente l'Assistenza Ospedaliera. 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. 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.	

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
Aggiornamento,condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2019, con la conferma degli impegni di programmazione integrata. L'accordo contrattuale di fornitura dovrà recepire le indicazioni contenute al capitolo 3 dell'allegato B alla DGR 977/2019.	E' stato formalizzato il testo dell'Accordo ed è in corso di formalizzazione.

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**			
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 2.4.2015, n. 70; DGR 2040 del 10.12.2015; DGR 977 del 18/06/2019; DGR 272/2017 ; DGR 1056/2015; DGR 603/2019	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali.	Direzione Generale	Sì/No		Sì		Sì		

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 Usl. Gli Ospedali Privati Accreditati coinvolti sono quelli dotati di reparti di Medicina Interna (Città di Parma, Hospital Piccole Figlie e Val Parma Hospital.			L'attività è presidiata in collaborazione con la Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report direzioni sanitarie	Direzioni sanitarie	Sì/No	Sì	Sì	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 lunngodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma**			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.3.1.3**	**Destinazione di posti letto di lunngodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma**			

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	Per il perseguimento degli obiettivi di sistema di rete ospedaliera provinciale, si è conclusa la negoziazione con la messa a disposizione, ad uso esclusivo di 'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, di n° 9 posti letto di lungodegenza presso l'Ospedale Privato "Città di Parma", per trasferimenti di pazienti che necessitano di prolungati periodi di ricovero in post-acuzie.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Direzione Sanitaria	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	**3.3.1.4**	**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.	"Nel primo semestre la collaborazione tra l'Azienda titolare del Servizio trasfusionale e l'Azienda territoriale che ha in carico gli assisititi della provincia di Parma (AUSL) è proseguita secondo le modalità consuete. La riunione del Comitato per Buon Uso del Sangue Interaziendale è stata rinviata nel secondo semestre, anche in vista di importanti variazioni degli assetti organizzativi del Servizio trasfusionale, competente per tutto l'ambito provinciale. I controlli sono stati effettuali regolarmente come da prassi consolidata. Nel secondo semestre con l'avvento del nuovo Direttore del Centro Trasfusionale è stata fatta una riunione del Comitato per Buon Uso del Sangue Interaziendale in data 19/09/2019 e presentate nuove indicazioni finalizzate ad ottimizzare il percorso della richiesta, conservazione, utilizzo e restituzione del sangue ed emoderivati dal Centro Trasfusionale alle strutture periferiche e in caso di restituzione dalla strutture periferiche al Centro Trasfusionale ."

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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

Settore	3.4.1	Obiettivi generali

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 espliciterà 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'assistena ospedaliera; - razionalizzazione e sviluppo interaziendale dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale.	Sono state effettuate riunioni di coordinamento interaziendale con definizione di obiettivi di integrazione. Predisposizione del programma Interaziendale Liste di Attesa e dei Progetti Interaziendali esplicitati negli obiettivi seguenti.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		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.	Il gruppo di lavoro interaziendale per la SLA si è riunito il 19/02/2019, il 09/04/2019 , il 29/05/2019, 08/07/2019, 16/07/2019, 02/09/2019, 16/09/2019, 18/09/2019, 09/10/2019 e la revisione del PDTA è stata ultimata ed è in fase di stesura definitiva.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		DGR 172/15

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Direzione Aziendale	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	**3.4.1.3**	**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**

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 alDistretto 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. Gli obiettivi del Progetto sono : - 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 Porgetto 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.	"Il progetto dell'U.O. Mobile che fino ad ora ha visto coinvolte la CRA ""I Tigli"" e la CRA di Collecchio nonchè i pazienti dimessi dall'U.O. di Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si è posto l'obiettivo di effettuare consulenze specialistiche sa telefoniche che con accesso diretto alle strutture richiedenti finalizzate ad evitare accessi al pronto soccorso dei pazienti provvedendo se possibile ad effettuare prestazioni diagnostico-terapeutiche in loco o provvedendo a ricoveri diretti o sull'U.O. di Lungodegenza o in Day Hospital /Day Service . I dati di attività registrati al 02/12/2019 sono i seguenti: 269 teleconsulti, 214 accessi in loco (di cui 123 in CRA e 91 a domicilio), 24 accessi diretti (9 in seguito a teleconsulto e 15 dopo visita in loco), 94 accessi al PS/ricoveri richiesti dai Curanti/caregiver evitati in quanto trattati efficacemente in loco, 2 Accessi al PS consigliati di cui uno dopo teleconsulto per rettoraggia massiva ed uno per carbonarcosi dopo visita, 10 Day Hospital /Day Service. Entro la fine dell'anno all'UVM potranno fare riferimento ulteriori 2 CRA , (Langhirano e Felino) con le quali sono stati già effettuati incontri per definire l'organizzazione."

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**	**Valore ragg. intermedio**	**Valore ragg. finale**	**Perf. inter**	**Perf. finale**
Evidenze documentali (Repoert UOC U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)	Direzione Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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
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. A due anni dall'attivazione del PDTA si ritiene necessaria una revisione che vede il coinvolgimento anche dei centri dialisi provinciali .	E' in fase di ultimazione la revisione del PDTA secondo la metodologia prevista dall'accreditamento

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.4.1.5**	**Progetto Rete Infettivologica Assistenziale Integrata**			

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 particolarel'U.O. di Malattie Infettive ed Epatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma impegnata sui seguenti ambiti territoriali: - 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 Stewardship antibiotica negli ospedali da estendere a anche a livello territoriale e creazione del percorso OPAT (Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy)	La rete, dopo essere stata presentata nel Collegio di Direzione Aziendale il 06/11/2018, è stata deliberata con deliberazione n. 386 del 21/05/2019 e il progetto ha presoufficialmente avvio dal 01/07/2019 . Un infettivologo di Azienda Ospedaliero Universitaria è stato nominato coordinatore del gruppo operativo sull'uso responsabile degli antibiotici e consulente per le strutture ospedaliere aziendali. Altri infettivologi di Azienda Ospedaliero Universitaria hanno inizato un'attività ambulatoriale presso gli II.PP. e attività di supporto allo Spazio Salute Immigrati di Parma e gestiscono gli accessi a Casa Francesco.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.4.1.6**	**Progetto di revisione clinica-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.	E' stato elaborato il documento dal gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale con proposte operative per la revisione del percorso. Il documento è stato presentato nel Collegio di Direzione Aziendale il 20/03/2019 . A partire da settembre 2019 si è realizzata l'inificazione dei centri TAO provinciali presso Azienda Ospedaliero Universitaria con revisione e riorganizzazione dei percorsi operativi . Con i MMG anche grazie ai contenuti dell'Accordo Locale ha preso avvio un progetto sperimentale per la gestione dei pazienti NAO domiciliari. Nel mese di novembre è stato sostituito il programma informatizzato per la gestione delle TAO.

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.4.1.6**	**Progetto di revisione clinica-organizzativa del percorso interaziendale TAO e NAO**			
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

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
L'aumento del numero delle persone anziane con problemi sanitari importanti determina un maggiore bisogno di sostegno alla famiglie per il reinserimento del famigliare 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 cosidetti 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 : - 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.	Il Progetto è stato realizzato e presentato il Collegio di Direzione il 14/05/2019 . I distretti hanno individuato i PUA (Punti Unici di Accesso) e i relativi referenti. E' programmata una riunione di monitoraggio dell'attività svolta secondo quanto definito nel progetto .

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	**3.4.1.7**	**Punto Unico di Dimissione (PUD)**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

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

Descrizione	Rendicontazione
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. 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. 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. 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.	Il Progetto è stato presentato in Collegio di Direzione il 20/03/2019 . In ogni distretto sono state individuate le Case della Salute in cui attivare il progetto che sarà avviato nel 2020 .

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**3.4.1.8**	**Polo Oncologico Provinciale**			
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

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

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

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	"L''Accordo Contrattuale di Fornitura a valere per l'anno 2019 con l'Ospedale Privato Città di Parma definisce il quadro delle attività in cui la struttura si impegna ad orientare la produzione in sinergia con la rete ospedaliera provinciale, nello specifico: -partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie (invii diretti dal PS di AOU di Parma nei limiti del budget definito); -disponibilità aggiuntive di ricovero per contenere l'iperafflusso al PS dell'AOU di Parma (committenza aggiuntiva); -disponibilità ad effettuare interventi chirurgici da trattare in urgenza differibile per pazienti traumatologici a bassa complessità (committenza aggiuntiva); orientamento delle prestazioni chirurgiche verso le tipologie a lunga lista d'attesa. Inoltre , il 10/07/19 è stato siglato un accordo di committenza aggiuntiva tra le Aziende Sanitarie di Parma e gli Ospedali Privati accreditati multispecialistici della provincia per lo smaltimento delle liste di attesa di interventi chirurgici programmati, in cui l'Ospedale Città di Parma si impegna ad effettuare 80 interventi riferiti al DRG 494 (colecistectomia laparoscopica). Il sistema SIGLA non è attivo nel privato accreditato e pertanto non è possibile il monitoraggio della performance rispetto ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici che comunque sono effettuati nei tempi previsti."

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"**			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del cruscotto	Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg	SDO	% >=		90,00%		90,00%		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg	SDO	% >=		90,00%		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%		90,00%		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

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.			L'Ospedale Città di Parma collabora attivamente con la rete ospedaliera provinciale per garantire la tempestività e l'equità di accesso alle richieste di IVG chirurgica, contribuendo a migliorare la performance provinciale contenendo le risposte superiori alle 2 settimane nel 15% dei casi.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio Salute Donna del Distretto di Parma	Atti Distretto Parma	Sì/No		Sì		Sì		

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.			All'articolo n.5 dell'Accordo Contrattuale di Fornitura è contemplato l'impegno dell'Ospedale Privato Città di Parma a destinare 9 posti letto sui 15 complessivi di lungodegenza post-acuzie codice 60, a pazienti inviati dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma per degenza post-acuta.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

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		
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. 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			"L''Accordo Contrattuale di Fornitura a valere per l'anno 2019 con l'Ospedale Privato Piccole Figlie Hospital definisce il quadro delle attività in cui la struttura si impegna ad orientare la produzione in sinergia con la rete ospedaliera provinciale, nello specifico: -partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie (invii diretti dal PS di AOU di Parma nei limiti del budget definito); -disponibilità aggiuntive di ricovero per contenere l'iperafflusso al PS dell'AOU di Parma (committenza aggiuntiva); -orientamento delle prestazioni chirurgiche verso le tipologie a lunga lista d'attesa. Inoltre , il 10/07/19 è stato siglato un accordo di committenza aggiuntiva tra le Aziende Sanitarie di Parma e gli Ospedali Privati accreditati multispecialistici della provincia per lo smaltimento delle liste di attesa di interventi chirurgici programmati, in cui Piccole Figlie Hospital si impegna ad effettuare 80 interventi chirurgici trasferibili dalle liste di attesa di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Il sistema SIGLA non è attivo nel privato accreditato e pertanto non è possibile il monitoraggio della performance rispetto ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici che comunque sono effettuati nei tempi previsti."		
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 919/2018- Allegato B - Capitolo 3	

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg	SDO	% >=		90,00%		90,00%		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg	SDO	% >=		90,00%		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%		90,00%		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

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
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. Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla RER sui tempi di attesa per ricoveri chirurgici programmati . Partecipazione agli obiettivi del Piano Nazionale Esiti	"L''Accordo Contrattuale di Fornitura a valere per l'anno 2019 con Val Parma Hospital definisce il quadro delle attività in cui la struttura si impegna ad orientare la produzione in sinergia con la rete ospedaliera provinciale, nello specifico: -partecipazione al cruscotto provinciale dei ricoveri in acuzie (invii diretti dal PS di AOU di Parma nei limiti del budget definito); -disponibilità aggiuntive di ricovero per contenere l'iperafflusso al PS dell'AOU di Parma (committenza aggiuntiva); orientamento delle prestazioni chirurgiche verso le tipologie a lunga lista d'attesa. Inoltre , il 10/07/19 è stato siglato un accordo di committenza aggiuntiva tra le Aziende Sanitarie di Parma e gli Ospedali Privati accreditati multispecialistici della provincia per lo smaltimento delle liste di attesa di interventi chirurgici programmati, in cui Val Parma Hospital si impegna ad effettuare 80 interventi chirurgici trasferibili dalle liste di attesa di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Il sistema SIGLA non è attivo nel privato accreditato e pertanto non è possibile il monitoraggio della performance rispetto ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici che comunque sono effettuati nei tempi previsti."

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 ambulatorriale 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per i tumori: casi entro 30gg	SDO	% >=		90,00%		90,00%		
Tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per le protesi d'anca entro 180 gg	SDO	% >=		90,00%		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%		90,00%		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

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			Rendicontazione		
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra di struttura pubblica .			Val Parma Hospital contribuisce ad arricchire l'offerta provinciale di posti letto di riabilitazione intensiva (codice 56) utilizzabili sia per trasferimento diretto da ricovero in acuzie sia, previa redazione del piano individuale da parte di un Medico Fisiatra di struttura pubblica, dal domicilio per pazienti in carico ai servizi distrettuali.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		

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
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	"L'Ospedale Villa Maria Luigia di Monticelli è pienamente integrato nella rete provinciale ed afferisce a pieno titolo, con le sue attività, al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche il quale governa, attraverso il ""cruscotto provinciale"" l'utilizzo delle risorse ospedaliere e residenziali messe a disposizione, nello specifico: S.P.O.I. (8 p.l. bacino provinciale); R.I. (2 p.l. bacino provinciale); R.T.I. (10 p.l. bacino provinciale); R.T.P. (5 p.l. bacino provinciale); R.T.I.S (5 p.l. bacino provinciale psicogeriatria, 7 p.l. bacino provinciale doppia diagnosi, 2 p.l. bacino provinciale alcoldipendenze)."

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		DGr 1003/2016 - Allegato B

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

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	"La Casa di Cura Villa Igea si impegna ad attuare gli accordi in essere con l’Ospedale di Fidenza, al fine di mantenere operativo e migliorare il percorso integrato di rete del paziente post-acuto, nel territorio di riferimento del Distretto di Fidenza. A tal fine, la Casa di Cura Villa Igea si impegna a realizzare un’occupazione dei 10 posti letto codice 60 non inferiore al 95% su base annuale, riservando all’Ospedale di Fidenza un minimo garantito dell'80%. I ricoveri nella disciplina codice 60 sono riservati di norma ai trattamenti in post-acuzie successivi a ricoveri in reparti per acuti. Il ricovero diretto dal territorio in disciplina codice 60 costituisce un’eccezione soggetta ad autorizzazione e determinata da giustificati motivi. La richiesta di deroga deve essere inviata al Distretto di residenza dell'assistito, che valida il ricovero con motivazione, da inserire in cartella clinica."

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

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
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	"L'Accordo Contrattuale di fornitura con l'Ospedale Privato Accreditato ""Centro Cardinal Ferrari"" di Fontanellato, a valere per l'anno 2019, prevede il seguente utilizzo dei posti letto: - 6 posti letto codice 75, di norma nell'ambito del Sistema Regionale “GRACER”, di cui 5 posti letto sono assegnati dalla Regione Emilia-Romagna per le esigenze dei residenti nel bacino d'utenza provinciale e destinati prioritariamente a ricoveri provenienti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma; ed ulteriore 1 posto letto è destinato a ricoveri provenienti dall’Ospedale di Fidenza e da altre strutture, a disposizione dell'Azienda U.S.L. di Parma; 1,5 posti letto equivalenti di riabilitazione intensiva codice 56, da utilizzarsi in primo luogo per dare maggiore flessibilità di utilizzo ai posti letto codice 75; e, in caso di disponibilità, per altre esigenze di equilibrio dell’offerta provinciale di settore. Ulteriori due posti letto residenziali, ad alta valenza sanitaria, sono riservati a pazienti in stato vegetativo persistente o comunque per altre tipologie di pazienti “GRADA”, sono autorizzati dai Distretti di residenza dell'assistito e sono parzialmente a carico del FRNA".

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		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	"Il Centro ""Santa Maria ai Servi"" della Fondazione ""Don Carlo Gnocchi - ONLUS"" di Parma, nell'ambito della dotazione economica assegnata nel Contratto di Fornitura a valere per l'anno 2019, e con utilizzo dei posti letto di riabilitazione adeguati alle condizioni dei pazienti ricevuti, si impegna: • a continuare la messa a disposizione dei posti letto di riabilitazione estensiva codice 60, per l'utilizzo da parte della rete ospedaliera provinciale, con priorità per l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e per l'Ospedale di Fidenza; • a partecipare alla rete ospedaliera provinciale che supporta i percorsi riabilitativi integrati dei pazienti con stroke, dando priorità al ricovero di pazienti con stroke o con altre gravi patologie, in continuità terapeutico - riabilitativa, trasferiti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e dall'Ospedale di Fidenza; • a partecipare agli organismi collegiali di coordinamento della rete "Stroke Care", nel bacino d'utenza provinciale; • a partecipare agli organismi collegiali di coordinamento della rete cardiologica, nel bacino d'utenza provinciale. Il Centro ha inoltre dato la propria disponibilità per ricevere quote di ricoveri aggiuntive finalizzate a contenere l'iperafflusso al PS dell'AOU di Parma (committenza aggiuntiva)."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Accordi integrativi per far fronte a condizioni straordinarie.	Atti Direzione saniatria	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione al Piano Nazionale Esiti (PNE)	PNE	Sì/No		Sì		Sì		

Sub-Area piano delle azioni	3.6	Monitoraggio della mobilità passiva

Settore	3.6.1	Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva

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 paradosso 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.	A seguito dell'invio dei dati extra-regione sono stati prodotti reports sulle degenze e sulla specialistica ambulatoriale e pertanto la valutazione periodica dell'andamento della mobilità passiva si è svolta regolarmente.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	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			Rendicontazione		
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.			I controlli anagrafici/residenza sono stati effettuati sull'intera casistica dei dimessi, secondo le periodicità previste dalla Regione Emilia- Romagna.		
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 si GU n.122 27/5/2010	

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	3.7.1.2	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.	I controlli vengono effettuati con cadenza trimestrale sui campioni statistici estratti dall'Ufficio Mobilità sulla base delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna contenute nel PAC 2018. Ad oggi è stato controllato il 1° Trimestre 2019.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Database regionale "Portale controlli"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati	Database regionale "Portale controlli"	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	**3.7.1.3**	**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.	I controlli vengono effettuati con cadenza trimestrale sui campioni statistici estratti dall'Ufficio Mobilità sulla base delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna contenute nel PAC 2018.Ad oggi è stato controllato il 1° Trimestre 2019.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale	Database regionale - Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati	Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì		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		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.1.1**	**Integrazione interistituzionale e interprofessionale**			

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. 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.	"Il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, su mandato della CTSS, ha proseguito l'attività di coordinamento interdistrettuale e interistituzionale finalizzato al confronto e all'individuazione di linee comuni di programmazione e realizzazione della committenza, effettuando in particolare attività di istruttoria tecnica relativamente alle diverse tematiche socio-sanitarie trattate dalla CTSS (ad es. riparto FRNA). Ha inoltre svolto azione di supporto nell'affrontare e gestire questioni particolarmente complesse, quali: gravissime disabilità acquisite, infanzia, adolescenza, tutela e separazione conflittuali, prevenzione abuso e maltrattamenti nelle strutture socio-sanitarie, assolvimento debiti informativi nei confronti della Regione. Il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria ha attivamente collaborato: - alla stesura dei contratti di servizi per il rinnovo degli accreditamenti dei servizi socio-sanitari (CRA, CSRR, CSRD, SAD) e del servizio di educativa gestita dalla NPIA; - alla redazione delle ""Linee guida per la definizione di un regolamento per la disciplina e la qualificazione dell'assistenza inc ase famiglia per anziani""; - a definire le modifiche/integrazioni al ""Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di monti ed adulti con gravissima disabilità"". L'Azienda per il tramite dei propri professionisti, ha collaborato, nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona, all'elaborazione ed alla realizzazione delle progettazioni integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario, assicurando in questo modo omogeneità di intervento nei diversi territori ed una sempre maggiore qualificazione dei servizi socio-sanitari.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri	Firme presenza, verbali in atti DASS	Numero >=		4,00	3,00	6,00		

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.	Dagli incontri svolti con i professionisti dei servizi del DSM, UVG e responsabili dei SAA è stata definita una bozza di documento per la definizione di un percorso d'accesso ai servizi residenziali socio-sanitari per gli anziani seguiti da DSM che verrà presentata al Gruppo Integrazione.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Firme presenza, verbali	Numero >=		3,00	3,00	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
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: - 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.	"1. "Applicazione raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia": nel corso del 2019 la Direzione Attività Socio Sanitarie ha organizzato e gestito 10 eventi formativi di presentazione del documento aziendale "Raccomandazioni sulla valutazione e gestione della disfagia nei Servizi Socio Sanitari" rivolti agli operatori delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali ubicate in ambito provinciale. Nel Distretto di Parma (4 edizioni) gli incontri hanno riguardato la tematica dello "Screening, valutazione e gestione della disfagia", mentre nei Distretti di Fidenza, Valli Taro e Ceno e Sud Est (in totale 6 edizioni) l'argomento trattato, in collaborazione con la dietista del SIAN, è stato "Alimentazione e nutrizione dell'anziano nelle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie". Complessivamente hanno partecipato 385 professionisti tra infermieri, fisioterapisti e OSS. 2. "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona": nel corso del 2019 è stato concluso il percorso formativo per gli operatori, con la formazione agli Assistenti sociali dei servizi anziani dei Comuni e delle Asp e agli operatori dell'UVG. Inoltre, il Comitato di progetto, che a seguito delle elezioni amministrative di maggio ha modificato in parte la rappresentanza politica, si è confrontato sulle riflessioni emerse dagli incontri con gli operatori ed ha iniziato ad organizzare, in collaborazione con i SAA, un evento pubblico di restituzione delle informazioni e dei dati raccolti, che dovrebbe svolgersi nei primi mesi del 2020."

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 514/2009

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri applicazione raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia	Firme presenza	Numero >=		3,00	4,00	10,00		
N° incontri corso di prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona	Firme presenza	Numero >=		2,00	4,00	4,00		

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
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.	Nel corso del 2019 sono stati realizzati 4 incontri, uno per ogni distretto, con i referenti FAR delle strutture socio-assistenziali, durante i quali è stato presentato il nuovo modello regionale della reportistica. Gli incontri sono stati anche l'occasione di conoscenza tra operatori e di confronto sulle modalità di inserimento ed eventuale utilizzo dei dati da parte delle strutture stesse.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		DM 17/12/2008 DGR 514/2010

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con referenti ed operatori FAR territoriali/ distrettuali	Firme presenza	Numero >=		3,00	1,00	4,00		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.1.5**	**Area Anziani e Disabili - Progetto fragilità**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.1.5**	**Area Anziani e Disabili - Progetto fragilità**			
Sviluppo e programmazione del progetto "Gestione attiva dela fragilità" nel Distretto Valli Taro Ceno			Nel corso del 2019 è stata conclusa la somministrazione dei questionari nei comuni e si è incominciato ad organizzare i dati che sono stati raccolti, per individuare i soggetti da inserire nelle azioni di monitoraggio ed eventuale presa in carico, da parte dei servizi socio sanitari del Distretto Valli Taro e Ceno. Sono stati svolti 2 incontri e sono in corso le rappresentazioni grafiche dei dati.		
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1206/2007	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri	Fogli presenza	Numero >=		2,00	1,00	2,00		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
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.			"La Direzione Attività Socio Sanitarie, in accordo con le Direzioni dei Distretti, ha organizzato e gestito una formazione interattiva del documento aziendale "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissime disabilità" che ha visto la partecipazione di professionisti dell'Azienda USL, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, di strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate, di Enti locali, di ASP e MMG, unitamente ai professionisti delle Commissioni distrettuali Gra.D.A. ed ai Direttori di Distretto. La Direzione Attività Socio Sanitaria, avendo ricevuto il mandato di valutare nel corso del 2019 l'applicazione del regolamento, ha raccolto i suggerimenti dei professionisti e dei Direttori di Distretto finalizzati a migliorare il documento aziendale: nel secondo semestre ha presentato al Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria le proposte di modifica del regolamento al fine di procedere, entro la fine dell'anno in corso, all'approvazione del nuovo testo.		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 2068/2004 e 840/2008 - DGR N.172/2015	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri di formazione di ambito distrettuale	Firme presenza	Numero >=		2,00	4,00	4,00		
N° incontri con le commissioni distrettuali	Firme presenza	Numero >=		1,00	1,00	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	"Con riferimento al documento “Prevenzione e contrasto della violenza di genere nei confronti delle donne”, ultima revisione febbraio 2018, la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, ha proseguito per tutto il 2019 nella funzione di coordinamento del Gruppo provinciale permanente sulla prevenzione e contrasto della violenza nei confronti delle donne, in cui è stata inserita anche l’area tematica della violenza domestica. A seguito della suddivisione del tavolo in due sottogruppi, il tavolo provinciale, nel corso del 2019, è stato convocato quattro volte. La DASS ha partecipato anche ai 2 incontri convocati dal tavolo operativo ristretto interistituzionale della Prefettura “Protocollo di intesa per la prevenzione e il contrasto alla violenza nei confronti delle donne”, ad integrazione del Gruppo provinciale permanente voluto dalla CTSS. Il sottogruppo sulla formazione ed informazione/comunicazione, ha incominciato a lavorare all’aggiornamento del sito aziendale dedicato al tema, al fine di renderlo uno strumento a disposizione della rete degli operatori, che verrà sviluppato nel corso del 2020. Proseguita la partecipazione al coordinamento del Gruppo provinciale permanente sulla prevenzione e contrasto della violenza nei confronti delle donne per quanto riguarda la violenza assistita patita dai minori in casi di violenza domestica. Nell'ambito del Progetto CasaLab “I primi Mille Giorni"" del Distretto Sud Est si è completata la formazione centrata sui modelli ecologici di intervento a supporto del parenting e sulla prevenzione primaria del fenomeno del maltrattamento in famiglia, fin dalla gravidanza. La formazione d'aula di tipo multiprofessionale ed interistituzionale si è strutturata in 3 seminari avente come destinatari le Ostetriche del Consultorio e dei reparti di Maternità, Servizio Sociale Territoriale, i Servizi educativi (Nidi) , Servizio Sociale Ospedaliero. I contenuti formativi hanno avuto come riferimento le normative regionali sul tema (PRP, scheda 3.7, PdZ scheda 37, DGR 1677/13). Dal punto di vista tecnico scientifico il documento OMS 2008 ""Prevenire il maltrattamento infantile. Indicazioni operative e strumenti di analisi"" e le linee Guida CISMAI sugli interventi di home visiting per la prevenzione del maltrattamento all'infanzia , 2012, ivi compresa la violenza assistita . Si è svolto funzione di raccordo e supporto nella gestione di due casi di violenza assistita ad alta complessità organizzativa per la presenza di minori special needs.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri del gruppo provinciale	Firme presenza	Numero >=		3,00	2,00	4,00		

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.			"Nel primo semestre gli Uffici di Piano, nell'ambito della programmazione del Piano di Zona annuale, hanno organizzato incontri con i professionisti coinvolti nel programma "AUSL per la Scuola" al fine di collegare la programmazione del piano attuativo 2019 con i progetti del catalogo scuola. L'attività di verifica è proseguita anche nel secondo semestre dai professionisti che operano nell'ambito dei tavoli distrettuali dei piani di zona.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri	Firme presenza	Numero >=		3,00	2,00	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**

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.	"1. Garantita la partecipazione agli incontri garantita del Gruppo provinciale permanente sulla prevenzione e contrasto della violenza nei confronti delle donne e del Tavolo operativo ristretto interistituzionale della Prefettura “Protocollo di intesa per la prevenzione e il contrasto alla violenza nei confronti delle donne” su richiesta del Centro antiviolenza , coordinatore del Tavolo, in cui sono state inserite anche le azioni ed i percorsi in contrasto alla Violenza sui Minori , nei casi di Violenza Assistita, Maltrattamenti in famiglia, al fine di coniugare il supporto alla donna vittima di violenza domestica con la tutela del minori soprattutto nelle fasi iniziali dell'accoglienza madre-bambini. 2. Svolta la funzione di supporto al Servizio Sociale di Parma e al Tutore in tre casi complessi nell'area della Tutela e Cura in casi di minori affetti dai gravi esiti funzionali irreversibili con disabilità complesse, anche in dipendenza vitale da presidi medici invasivi , oggetto di decreto del TM con sospensione delle responsabilità genitoriali per grave pregiudizio , attribuzione della Tutela al Comune di Parma , collocazione fuori famiglia e affido preadottivo. 3. Svolta la funzione di governance e supporto ai distretti completando il coordinamento dei due gruppi di lavoro nominati dai Comitati di Distretto di Fidenza e Valli Taro e Ceno per la stesura del testo degli Accordi in materia di ""servizi Integrati Area Minori e Famiglia"" ai sensi della DGR1102/14. La redazione dei testi è stata curata dalla DASS. Nel Distretto di Fidenza l'accordo è stato presentato e deliberato nel Comitato di Distretto nella riunione del 5/09/19, previo incontro presso la Direzione di Distretto. Nel Distretto Valli Taro Ceno , organizzati 3 incontri del Gruppo di Lavoro Distrettuale (31/7, 18/9, 14/10), al termine dei quali è stata completata e trasmessa ai decisori politico istituzionali la bozza finale di Accordo attualmente ancora al vaglio della Direzione Distrettuale e della Presidenza di Comitato. 4. Proseguita la partecipazione, su richiesta delle UVM distrettuali ai sensi della DGR 1102 e degli Accordi Locali, agli organismi distrettuali di integrazione sociosanitaria area Tutela. 5. Attivato gruppo di lavoro in due incontri composto da psicologi con incarico di IAS area Tutela al fine di favorire omogeneità delle prassi e degli strumenti operativi (es modulistiche Progetto Quadro). 6. Per gli interventi contro la violenza di genere e la violenza domestica si rimanda alla rendicontazione dell’obiettivo 7 “Area progetti finalizzati – Contro la Violenza di genere e Violenza domestica”.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° incontri multiprofessionali	Fogli presenza	Numero >=		2,00	3,00	13,00		

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
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.	"Si è provveduto alla rendicontazione dei risultati 2018 relativi al Progetto 3.7 del PRP del progetto di prevenzione del maltrattamento/abuso secondo scheda trasmessa dai referenti regionali del progetto. Per quanto concerne l'indicatore sentinella si è proceduto alla raccolta del dato del numeratore dell'indicatore sentinella di competenza dell'AUSL ""minori presi in carico dagli psicologi/psicoterapeuti: si intendono i bambini/ragazzi che, nel corso dell'anno, sono stati valutati e trattati in maniera integrata multiprofessionale: tale dato ricomprende le valutazioni integrate multiprofessionali sui bambini, sulle capacità genitoriali, nonché il sostegno psicologico al bambino/ragazzo I casi sono stati trattati in maniera integrata dagli psicologi delle équipe integrate territoriali Tutela nella fase di segnalazione, accoglienza,valutazione, pianificazione e diagnosi nei quattro distretti: al 31/12/2018 sono stati N 516.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso	Flusso SISAMER previsto dalla DGR	% >=		80,00%	100,00%	100,00%		

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

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**			

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".	"È stato garantito il monitoraggio nel sistema regionale online, nel rispetto dei tempi indicati dalla RER, delle risorse del FRNA, FNA e "Dopo di Noi" (L. 112/2016) - anno 2018. Non ancora approvato a livello nazionale il decreto di riparto del FNA per l'anno 2019. Nel corso del 2019 sono state impiegate a livello distrettuale le risorse erogate nel 2018. Quota vincolata del FNA: nel primo semestre, a seguito di comunicazione inviata dalla Regione ad oggetto "Rendicontazione FNA 2017 – Scheda del MLPS – Monitoraggio indicatori DGR 919/2018", si è provveduto ad inviare la nuova rendicontazione del FNA 2017 utilizzando il modello elaborato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali "Monitoraggio delle persone assistite con le risorse nazionali relative all'annualità 2017". Giornate di accoglienza temporanea di sollievo: dato non disponibile da parte dei SAA in quanto si riferisce a tutta l'annualità e sarà disponibile nei primi mesi del 2020. Prevenzione abuso e maltrattamenti: nel corso del 2019 sono stati organizzati 4 incontri con gli assistenti sociali dei Comuni, delle ASP ed i professionisti delle UVG dal titolo "Prevenzione del maltrattamento – Formazione per assistenti sociali e componenti UVG". Agli incontri hanno partecipato complessivamente 48 persone tra assistenti sociali, infermieri e medici. Dopo di Noi: l'Azienda, in collaborazione con i Comuni e nell'ambito della programmazione delle attività socio-sanitarie coordinate dagli Uffici di Piano, partecipa alla progettazione e realizzazione di interventi a favore delle persone disabili nell'ambito del programma "Dopo di Noi".

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	**4.1.1.11**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali	Direzione Distretti	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi	Direzione Distretti	% >=		50,00%	50,00%	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	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Definizione e attuazione di programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"	Direzione Distretti	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.1.12**	**Rete delle cure palliative pediatriche**			
Descrizione			Rendicontazione		

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

Obiettivo	**4.1.1.12**	**Rete delle cure palliative pediatriche**

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 pediatrici 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.	"In attesa delle nomina interaziendale del Responsabile dell'UVMP prevista dalla DGR 857/19, è proseguita la funzione sperimentale di coordinamento ed organizzazione delle Unità di Valutazione Multidimensionali Pediatriche su casi di pazienti ad alta complessità clinica e sociosanitaria in dipendenza vitale da presidi medici su segnalazione da parte di AOU , dei Servizi di Nutrizione Artificiale, Ossigeno ventiloterapia. Sono stati organizzati incontri delle UVMP con i professionisti coinvolti sui casi in Ospedale per 8 casi e per 2 in AUSL/servizi sociali. È stata curata la redazione del Piano assistenziale Individuale per ogni singolo caso. È stato attivato l'accertamento della condizione Grada ai sensi della DGR 840/08 in quattro casi, collaborando alla valutazione clinica e all'accertamento presso la Commissione distrettuale ad hoc. E' stato attivato il team distrettuale di riferimento formalizzato nel PAI Come previsto dalla DGR 857/19 e su richiesta del Servizio di Assistenza Ospedaliera della RER, in data 3/09/19 le Aziende AUSL ed AOU hanno individuato la dr.ssa Emanuela Sani, Dirigente Medico UOS Integrazione Sociosanitaria minori, componente del Gruppo di coordinamento regionale sulle CPP.

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**	**Valore ragg. intermedio**	**Valore ragg. finale**	**Perf. inter**	**Perf. finale**
Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il I sem. 2018	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		

Settore	4.1.2	Medicina Riabilitativa nella Rete dei Servizi Socio-Sanitari

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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: 1) Visite infantili per dismorfismi del rachide ai pazienti in età evolutiva. 2) Conclusione, approvazione e diffusione del percorso "Gestione del farmaco nel paziente disfagico". 3) Miglioramento dell'assistenza domiciliare ai pazienti anziani con esiti di ictus.	

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.	Nel corso dell'anno 2019 sono state garantite le visite fisiatriche infantili con comunicazione al paziente e familiari della diagnosi di scoliosi, prescrizione e individuazione di trattamento riabilitativo dedicato in interfaccia continua coi professionisti del settore, individuazione col tecnico ortopedico delle ortesi appropriate, prescrizione, collaudo. È stata altresì assicurata la continuità assistenziale dei pazienti presi in carico attraverso monitoraggio tecnico professionale della adeguatezza dell'ortesi, sorveglianza temporale degli obiettivi prefissati, aderenza al progetto terapeutico, mediante follow up a 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi. Oltre ai dimorfismi del rachide, nel secondo semestre sono stati presi in carico i bambini dell'età evolutiva con i dismorfismi della gabbia toracica, quali petto escavato e petto carenato, con progettazione e prescrizione di corsetti innovativi realizzati in collaborazione col tecnico ortopedico, permettendo così di perseguire un trattamento conservativo, anziché chirurgico.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report delle visite effettuate	database aziendale	Numero >=		7,00	8,00	36,00		

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.	In collaborazione con la Farmacia Aziendale è stato convocato il gruppo di lavoro denominato "Gestione del farmaco nel paziente disfagico". Al gruppo di lavoro è stato restituito il lavoro di revisione del prontuario dei farmaci e di integrazione con l'elenco di possibilità prescrittive alternative. Era presente come uditore anche l'U.O. Governo Clinico. Il progetto concluso è stato presentato prima in Direzione Strategica e successivamente in Collegio di Direzione per approvazione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri effettuati	firme presenza	Numero >=		1,00	1,00	1,00		
Seminario	firme presenza	Sì/No		Sì	No	No		

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.1	**Area della ricerca e della didattica**

Obiettivo	**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.	È stata garantita la partecipazione al progetto Activage assicurando la presenza sia alle tellcall con i professionisti europei, sia alle riunioni organizzative con i professionisti coinvolti nel progetto (Ausl, Aurora Domus, Università di Parma, Cup 2000, RER, IBM Research GMBH). È stata inoltre assicurata la disponibilità alla partecipazione al focus group tra operatori e l'attività clinica a domicilio dei pazienti unitamente alla somministrazione dei questionari come individuati nel progetto 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri effettuati	Firme presenza	Numero >=		2,00	4,00	4,00		

Settore	4.1.3	DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

Le Aziende sanitarie dovranno promuovere e sostenere la partecipazione alla formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.
In coerenza con il Piano Sanitario Sociale Regionale 2017-2019 in tema di salute in età pediatrica e adolescenziale sono definiti specifici obiettivi sul contrasto al maltrattamento/ abuso a bambini e adolescenti.

In coerenza con schede 5, 6, 20, 21, PSSR 2017 – 2019, nel 2019 dovrà essere garantita 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 previste al comma 4 dell'art. 22 (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione) e al comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali) e la valorizzazione del ruolo del care-giver.
In collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilita grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze per il 2019, in fase di definizione a livello nazionale, e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi").

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 territorio 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. A tal fine le Aziende sanitarie hanno partecipato attraverso i propri specialisti al gruppo di
coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e hanno predisposto il "documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna"

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

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

Obiettivo	**4.1.3.1**	**DGR - 977/19 - Contrasto alla violenza di genere**

Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi: -mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti - monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna) - collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto - partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto “Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere” - definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere	Prosegue l'attività del Centro Aziendale LDV "Liberiamoci dalla violenza"; gli operatori del centro, unitamente a operatori del CUG aziendale , hanno partecipato al Corso di Formazione organizzato dall'Università di Parma (CIRS) in tema di contrasto alla violenza di genere, dal titolo "Sradicare la violenza, coltivare il rispetto". Il Corso si é svolto nel periodo marzo - maggio 2019. Il CUG aziendale, inoltre, partecipa al progetto del Comune di Parma "O.P.E.N.2" che intende promuovere il conseguimento delle pari opportunità , il contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere. Per i dati relativi al n.ro di partecipanti alla formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assitenza nei servizi EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza " si rimanda a quanto gestito e rendicontato da AUSL di Piacenza

Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (2.8)

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.2**	**DGR - 977/19 - Salute in età pediatrica e adolescenziale : Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti**			

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

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

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

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

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.3**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			
Attuazione in ogni ambito distrettuale, in collaborazione con gli EE.LL, del programma regionale per il "Durante e Dopo di Noi" (DGR 733/17 e 291/19)a favore di persone con grave disabilità prive di sostegno dei familiari e del PSSR Realizzazione in ogni distretto di almeno una iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari, anche in collaborazione con il volontariato Rafforzare le iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali anche valorizzando la relazione con i gestori, MMG, associazioni di volontariato, famiglie e favorendo la partecipazione di gestori delle piccole strutture sino a 6 pl. Qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea sia nel caso di dimissioni ospedaliere protette sia nel caso di sollievo del care-giver Corretta applicazione finanziamento FNA che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone gon gravissima disabilità; su richiesta del Ministero dovrano essere inseriti i dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza			"Dopo di Noi: l'Azienda, in collaborazione con i Comuni e nell'ambito della programmazione delle attività socio-sanitarie coordinate dagli Uffici di Piano, partecipa alla progettazione e realizzazione di interventi a favore delle persone disabili nell'ambito del programma "Dopo di Noi". Gli Uffici di Piano, a cui compete la rendicontazione delle risorse per l'attuazione degli interventi nell'area della non autosufficienza, rendicontano nel flusso regionale CUP2000 secondo le tempistiche definite dalla Regione. Formazione sul tema del caregiver: nel corso del 2019 sono stati organizzati corsi di formazioni ad assistenti familiari (PRP 4.2 del PRP) i cui temi sono stati: 1) Il gruppo di auto-mutuo-aiuto; 2) Comunicazione e ascolto nella relazione di aiuto; 3) Problem solving e gestione del conflitto intergruppale; 4) I facilitatore di gruppo. La DASS, nel corso del secondo semestre del 2019, ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per l'applicazione delle linee attuative della Legge Regionale n.2/14 sul riconoscimento del caregiver familiare. Prevenzione abuso e maltrattamenti: nel corso del 2019, sono stati organizzati 4 incontri con gli assistenti sociali dei Comuni, delle ASP ed i professionisti delle UVG dal titolo "Prevenzione del maltrattamento – Formazione per assistenti sociali e componenti UVG". Agli incontri hanno partecipato complessivamente 48 persone tra assistenti sociali, infermieri e medici. A seguito di questa formazione, gli assistenti sociali hanno proposto l'elaborazione di un percorso di segnalazione di eventuali maltrattamenti agli anziani sia all'interno delle CRA che sul domicilio, il cui coordinamento sarà in capo alla DASS. Giornate di accoglienza temporanea di sollievo: il valore raggiunto comunicato dal SAA è pari a 1,4% tenuto conto che presso il Distretto Valli Taro e Ceno non vengono effettuati ricoveri di sollievo. Quota vincolata del FNA: nell'ambito della programmazione degli interventi a valere sul FNA viene garantita la corretta applicazione del decreto ministeriale che vincola la quota del 50% a favore delle persone con gravissima disabilità (art. 3 DM 26/09/2016). Non ancora approvato a livello nazionale il decreto di riparto del FNA per l'anno 2019. Nel corso del 2019 sono state impiegate a livello distrettuale le risorse erogate nel 2018. "		
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19 (2.12)	

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Programamzione e rendicontazione in ogni distretto di risorse e interventi del Fondo per il "Dopo di Noi" L. 112/16 nel rispetto delle tempistiche regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Realizzazione in ogni distretto di iniziative formative sul tema del care-giver, rivolta agli operatori sanitari	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione tese a promuovere una cultura orientata alla prevenzione e al contrasto degli abusi nelle relazioni di cura	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
% Giornate in accoglienza temporanea di sollievo/ giornate annue in CRA	flusso FAR	% >=		2,00%		1,40%		
Utilizzo di almeno il 50% delle risorse FNA per le persone con gravissime disabilità	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	50,00%	50,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**4.1.3.4**	**DGR - 977/19 - Rete delle cure palliative pediatriche**			

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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**4.1.3.4**	**DGR - 977/19 - Rete delle cure palliative pediatriche**			
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.2.2.6)	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CCP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Ausl	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		
Individuazione dei responsabili UVPM a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		

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

Sub-Area piano delle azioni	5.1	CURE PALLIATIVE

Settore	5.1.1	Obiettivi generali

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**			

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 monitorati 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.	Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Sono stati completati: - la struttura organizzativa della RLCP (Coordinatore della RLCP; Organismo Tecnico di Coordinamento; Team Project della Formazione; Gruppo Tecnico delle Cure Palliative Pediatriche (CPP); - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Hospice e Ambulatorio della RLCP; - l'Istruzione Operativa della Visita di Cure Palliative a Domicilio. Sono stati parzialmente completati: - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Domicilio e Ospedale della RLCP; - le modalità di intervento delle equipes, che operano nei singoli Nodi, compresa l'Unità di Valutazione Palliativa (UVP) e la condivisione della Scheda Unica di Richiesta di Cure Palliative; - gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici nel Nodo Domicilio; - i percorsi di accesso alla RLCP e ai singoli Nodi; - i rapporti fra i Nodi e le interfacce dalla segnalazione del caso fino all'exitus; - l'individuazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alla RLCP sono stati individuati solo in alcuni Distretti; - la formazione del personale che opera nella RLCP e nelle interfacce (RSA, CRA) attraverso iniziative di formazione sul campo, che hanno coinvolto medici, infermieri, OSS, psicologi; - Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche (RLCP-P) Restano da realizzare: - il Nodo Ospedale dell'AOU di Parma e dei sette ospedali accreditati, dove le consulenze palliative ai pazienti ricoverati non vengono ancora erogate. Nel 2019, il numero dei pazienti oncologici deceduti in ospedale è diminuito (-11%) rispetto al 2018. Questo dato, positivo, può essere correlato con una maggiore presa in carico domiciliare e in Hospice dei pazienti, come dimostrato dall'incremento delle UCPD di base (nel 2019 52 vs 5 del 2018), l'incremento del 55,56% delle giornate annue di cure palliative domiciliari nel 2019 rispetto al 2018 e dall'incremento dei pazienti oncologici ricoverati in Hospice provenienti dagli ospedali (nel 2019 25,85 %). Tuttavia, dall'analisi dei flussi regionali (Banca dati ADI, SISEPS InSIDER), si evince che, nel 2019, pur essendo la percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ADI e in Hospice del 49,3%, con un trend in leggero progressivo miglioramento dal 2017 ad oggi, oltre il 50% dei pazienti oncologici muore ancora in ospedale. - la formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche. Tuttavia nel 2019 vi è stato l'incremento delle UCPD di base rispetto al 2018 (52 vs 5); - la continuità assistenziale H 24; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti all'inserimento nella RLCP; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti alle cure palliative domiciliari di base o specialistiche (dagli inizi del 2019 l'AUSL di Parma partecipa ad una sperimentazione regionale su questo aspetto)

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**			
			- le modalità di valutazione delle performances (applicazione degli indicatori nazionali e regionali e realizzazione degli audit clinico-organizzativi); - l'individuazione delle azioni di miglioramento; - la ricerca in cure palliative.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 DGR 1423/17	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di malati oncologici deceduti in ospedale/Nr. di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale)con target valore in diminuzione rispetto all'anno precedente di almeno il 5 %	specifico flusso di riferimento	% >=		-5,00%		-11,33%		
Nr. ricoveri in hospice di pz con pat. onco., provenienti da ric.osp. o da domic.NON assistito (esclusi i pz in carico alla rete cure palliative e seguiti al domic.) nei quali il periodo di ricov <=7gg / n.ric in hospice di pz onco.	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		25,85%		
Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete	atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		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		

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**			

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.	Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti bisognosi di cure palliative nella RLCP, il Nodo Domicilio è parzialmente completato. Il Nodo Domicilio presenta criticità nella realizzazione e operatività delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) e nella continuità assistenziale palliativa H 24. I flussi regionali (Banca dati ADI, SISEPS InSIDER), indicano che, nel 2019, la percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ADI e in Hospice è stata del 49,3%, con un trend in leggero progressivo miglioramento dal 2017 ad oggi. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti oncologici muore ancora in ospedale. Le UCPD non sono ancora state formalizzate. Tuttavia, dai dati regionali REPORT-ER, risulta che, nel 2019, risultano presi in carico 52 pazienti in UCPD di base rispetto a 5 pazienti nel 2018. Questo può spiegare l'incremento del 55,56% delle giornate annue di cure palliative domiciliari nel 2019 rispetto al 2018. Nessun paziente è stato preso in carico in UCPD specialistiche a causa della mancanza di equipe infermieristiche formate e dedicate alle cure palliative, della carenza di medici palliativisti e dalla scarsa sensibilizzazione dei MMG all'attivazione delle UCPD. La continuità assistenziale palliativa H 24/7 giorni su 7 non è realizzata per la mancanza di reperibilità notturna medica e infermieristica palliativa, solo parzialmente supplita dai Medici di Continuità Assistenziale. Un programma di formazione specifico in cure palliative rivolto ai Medici di Continuità Assistenziale, il potenziamento del sistema di comunicazione/consegna fra MMG, Medico Palliativista e Medico di Continuità Assistenziale e la diffusione delle Disposizioni Condivise di Trattamento, oltre ad un investimento nel personale medico e infermieristico potrebbero ridurre gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri inappropriati e/o non desiderati. La programmazione della formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative è stata parzialmente completata. Il Dipartimento Medico e della Diagnostica dell'AUSL di Parma, ha programmato una formazione sul campo della durata di 50 ore per i professionisti, che intendono acquisire migliori competenze in ambito di cure palliative (Infermiere, Medico, Medici di Medicina Generale, OSS). I programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP è stato parzialmente completato. Nel sito dell'AUSL di Parma è presente una sezione relativa all'UO di Cure Palliative e links con alcuni Nodi della RLCP. Nel 2019 l'AUSL di Parma ha divulgato le numerose iniziative organizzate dal Team Project della Formazione della RLCP, spesso con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore. Entro la fine del 2019 è previsto l'allestimento, sul sito web dell'AUSL di Parma, di una sezione dedicata alle Cure Palliative con tutte le informazioni utili a facilitare l'accesso alla RLCP per i cittadini che ne avessero bisogno.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative	atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		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		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		No		

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		

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**			

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	"In data in data 15/05/2019 organizzato da AUSL, in collaborazione con AOU, incontro del Gruppo di lavoro interaziendale UVMP sulle CPP presso la Direzione Sanitaria di AOU , con la partecipazione delle Direzioni Sanitarie con rendicontazione della casistica 2018 dei casi eligibili per CPP con compilazione di check list trasmessa dalla Regione . I referenti delle CPP di AUSL ed AOU hanno partecipato alle riunioni della RLCP interaziendale, di cui la Rete delle Cure Palliative Pediatriche fa parte, nelle sedute di Febbraio e Giugno 2019. Ai sensi della determinazione regionale n. 2726 del 01/03/2018 “Costituzione gruppo tecnico professionale regionale della rete per le cure palliative pediatriche, ai sensi delle DD.GG.RR. n. 1898/2013 e n. 2188/2017” per quanto concerne le Aziende AOU e AUSL di Parma , è stata nominata la Dott.ssa Patrizia Bertolini, che ha partecipato alle riunioni del Gruppo Tecnico. In attesa della nomina dei referenti del PUAP e dell'UVMP prevista entro 6 mesi dalla pubblicazione della DGR n.857 del 31 Maggio 2019 avente come oggetto “Provvedimenti in ordine alla definizione dell'assetto della Rete delle Cure Palliative Pediatriche dell'Emilia Romagna, in attuazione della Legge n. 38/2010”, in AUSL è proseguita nelle prassi la funzione sperimentale di Punto Unico di Accesso Pediatrico, per raccordo nei percorsi di continuità assistenziale tra nodo ospedale e nodo territorio nei casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale, con funzione di supporto per stesura PAI nei nuovi casi in collaborazione con i professionisti coinvolti. Partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DASS su ""Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità"" delibera dell'Azienda AUSL n. 0000899 del 19/12/2018.""""

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	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.1.4**	**Controllo del dolore**			

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.	"Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Nel primo semestre 2019, l'Ambulatorio di Medicina del Dolore dell'Ospedale di Fidenza ha erogato n.1087 prestazioni ambulatoriali per esterni (visite e altre prestazioni e procedure). Nel primo semestre 2019, l'attività di consulenza di terapia antalgica a domi-cilio, da parte degli anestesisti dell'ospedale di Vaio su richiesta dei MMG, non è più avvenuta da quando tale funzione viene svolta dal medico palliativista. Nel primo semestre 2019, è proseguita l'attività di consulenza di terapia antalgica nei reparti dell'ospedale di Vaio, da parte degli anestesisti dell'ospedale di Vaio su richiesta dei medici ospedalieri. La rendicontazione di tale attività presenta alcune criticità nella difficoltà a reperire i dati, che vengono raccolti direttamente dai consulenti.43 Nel 2019, il Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore (COTSD) dell'AUSL di Parma si è riunito 2 volte, il 25.6 e il 3.10.2019. Nel 2019 state organizzate numerose iniziative promosse dall'AUSL di Parma, allo scopo di divulgare le Terapie del Dolore e le Cure Palliative, in particolare in occasione della Giornata del Sollievo, che si è svolta il 26 Maggio 2019."

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato	Verbali e registro presenze	Numero >=	1,00	2,00	1,00	2,00		

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

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**			

Prosecuzione del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA	"Nel 2019, questo obiettivo è stato raggiunto. Nel 2019 è proseguito il progetto, sostenuto da AISLA di Parma, per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA. Attraverso la Piattaforma informatica e-Learning i vari professionisti (MMG, vari specialisti, infermieri) di tutti i Distretti possono condividere i percorsi integrati realizzati nei singoli pazienti, il cui numero è nettamente superiore al valore atteso dell'indicatore. Per quanto riguarda la formazione del personale sulla SLA, nel 2019, il Polo Formativo SLA, presso l'Hospice del Distretto Valli Taro e Ceno, ha organizzato le seguenti iniziative: - formazione sul campo, della durata di 24 ore, aperta agli Psicologi, con l'obiettivo di migliorare le competenze professionali degli Psicologi inseriti nella RLCP dell'Ausl di Parma e promuovere la cultura delle palliazione fra tutti i professionisti coinvolti. Tali percorsi di formazione sul campo sono stati programmati ed accreditati e sono tutt'ora in corso di svolgimento. - 4 edizioni del Polo Formativo SLA (Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio 2019), per un totale di 8 Giornate Formative (4 Giornate Base e 4 Giornate Avanzate). - gli Operatori Sanitari formati presso il Polo Formativo SLA, presso l'Hospice del Distretto Valli Taro e Ceno, sono stati n.>120."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percorsi integrati realizzati	Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	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	94,00	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		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.1.6**	**Cure Palliative**			

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.	Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Sono stati completati: - la struttura organizzativa della RLCP (Coordinatore della RLCP; Organismo Tecnico di Coordinamento; Team Project della Formazione; Gruppo Tecnico delle Cure Palliative Pediatriche (CPP); - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Hospice e Ambulatorio della RLCP; - l'Istruzione Operativa della Visita di Cure Palliative a Domicilio. Sono stati parzialmente completati: - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Domicilio e Ospedale della RLCP; - le modalità di intervento delle equipes, che operano nei singoli Nodi, compresa l'Unità di Valutazione Palliativa (UVP) e la condivisione della Scheda Unica di Richiesta di Cure Palliative; - gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici nel Nodo Domicilio; - i percorsi di accesso alla RLCP e ai singoli Nodi; - i rapporti fra i Nodi e le interfacce dalla segnalazione del caso fino all'exitus; - l'individuazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alla RLCP sono stati individuati solo in alcuni Distretti; - la formazione del personale che opera nella RLCP e nelle interfacce (RSA, CRA) attraverso iniziative di formazione sul campo, che hanno coinvolto medici, infermieri, OSS, psicologi; - Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche (RLCP-P) Restano da realizzare: - il Nodo Ospedale dell'AOU di Parma e dei sette ospedali accreditati, dove le consulenze palliative ai pazienti ricoverati non vengono ancora erogate. Nel 2019, il numero dei pazienti oncologici deceduti in ospedale è diminuito (-11%) rispetto al 2018. Questo dato, positivo, può essere correlato con una maggiore presa in carico domiciliare e in Hospice dei pazienti, come dimostrato dall'incremento delle UCPD di base (nel 2019 52 vs 5 del 2018), l'incremento del 55,56% delle giornate annue di cure palliative domiciliari nel 2019 rispetto al 2018 e dall'incremento dei pazienti oncologici ricoverati in Hospice provenienti dagli ospedali (nel 2019 28,85 %). Tuttavia, dall'analisi dei flussi regionali (Banca dati ADI, SISEPS InSIDER), si evince che, nel 2019, pur essendo la percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ADI e in Hospice del 49,3%, con un trend in leggero progressivo miglioramento dal 2017 ad oggi, oltre il 50% dei pazienti oncologici muore ancora in ospedale. - la formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche. Tuttavia nel 2019 vi è stato l'incremento delle UCPD di base rispetto al 2018 (52 vs 5); - la continuità assistenziale H 24; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti all'inserimento nella RLCP; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti alle cure palliative domiciliari di base o specialistiche (dagli inizi del 2019 l'AUSL di Parma partecipa ad una sperimentazione regionale su questo aspetto) - le modalità di valutazione delle performances (applicazione degli indicatori nazionali e regionali e

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.1.6**	**Cure Palliative**			
			realizzazione degli audit clinico-organizzativi); - l'individuazione delle azioni di miglioramento; - la ricerca in 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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%		49,30%		
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%		55,56%		

Settore	5.1.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

A seguito dei provvedimenti regionali relativi alle cure palliative, le Aziende sanitarie hanno attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative (RLCP). Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende, nel 2019, dovranno completare le reti (con tutti i nodi previsti e le équipe) per quello che riguarda la loro struttura organizzativa, il loro coordinamento ed i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure; in particolare, dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) e del nodo ospedale (consulenze).
Dovranno proseguire, a livello locale, i percorsi di formazione dei professionisti che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative. 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 nelll'assistenza e nell'organizzazione (DGR 1423/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019.
Approvazione delle schede attuative d'intervento e di Indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona
distrettuali per la salute e il benessere sociale).

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**DGR 977/19 - Cure Palliative**			

Completare le reti locali di cure palliative per quello che riguarda la struttura organizzativa, il coordinamento e i percorsi di integrazione e continuità delle cure in particolar modo dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari e del nodo ospedale (consulenze)	Nel corso del 2019, questo obiettivo è stato parzialmente raggiunto. Sono stati completati: - la struttura organizzativa della RLCP (Coordinatore della RLCP; Organismo Tecnico di Coordinamento; Team Project della Formazione; Gruppo Tecnico delle Cure Palliative Pediatriche (CPP); - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Hospice e Ambulatorio della RLCP; - l'Istruzione Operativa della Visita di Cure Palliative a Domicilio. Sono stati parzialmente completati: - l'organizzazione e le funzioni dei Nodi Domicilio e Ospedale della RLCP; - le modalità di intervento delle equipes, che operano nei singoli Nodi, compresa l'Unità di Valutazione Palliativa (UVP) e la condivisione della Scheda Unica di Richiesta di Cure Palliative; - gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici nel Nodo Domicilio; - i percorsi di accesso alla RLCP e ai singoli Nodi; - i rapporti fra i Nodi e le interfacce dalla segnalazione del caso fino all'exitus; - l'individuazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alla RLCP sono stati individuati solo in alcuni Distretti; - la formazione del personale che opera nella RLCP e nelle interfacce (RSA, CRA) attraverso iniziative di formazione sul campo, che hanno coinvolto medici, infermieri, OSS, psicologi; - Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche (RLCP-P) Restano da realizzare: - il Nodo Ospedale dell'AOU di Parma e dei sette ospedali accreditati, dove le consulenze palliative ai pazienti ricoverati non vengono ancora erogate. Nel 2019, il numero dei pazienti oncologici deceduti in ospedale è diminuito (-11%) rispetto al 2018. Questo dato, positivo, può essere correlato con una maggiore presa in carico domiciliare e in Hospice dei pazienti, come dimostrato dall'incremento delle UCPD di base (nel 2019 52 vs 5 del 2018), l'incremento del 55,56% delle giornate annue di cure palliative domiciliari nel 2019 rispetto al 2018 e dall'incremento dei pazienti oncologici ricoverati in Hospice provenienti dagli ospedali (nel 2019 25,85 %). Tuttavia, dall'analisi dei flussi regionali (Banca dati ADI, SISEPS InSIDER), si evince che, nel 2019, pur essendo la percentuale dei pazienti oncologici deceduti in ADI e in Hospice sia del 49,3%, con un trend in leggero progressivo miglioramento dal 2017 ad oggi, oltre il 50% dei pazienti oncologici muore ancora in ospedale. - la formalizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) di base e specialistiche. Tuttavia nel 2019 vi è stato l'incremento delle UCPD di base rispetto al 2018 (52 vs 5); - la continuità assistenziale H 24; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti all'inserimento nella RLCP; - la scelta degli strumenti per la valutazione dell'eligibilità dei pazienti alle cure palliative domiciliari di base o specialistiche (dagli inizi del 2019 l'AUSL di Parma partecipa ad una sperimentazione regionale su questo aspetto) - le modalità di valutazione delle performances (applicazione degli indicatori nazionali e regionali e

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**DGR 977/19 - Cure Palliative**			
			realizzazione degli audit clinico-organizzativi); - l'individuazione delle azioni di miglioramento; - la ricerca in cure palliative.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della realizzazione, all'interno dei siti aziendali, delle pagine web dedicate alla rete di cure palliative	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. deceduti per causa di tumore	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		49,30%		
Nr.Giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore/deceduti per causa di tumore (+5% rispetto al 2018)	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		55,56%		
Evidenza dell'inidviduazione delle UCPD di base e specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

Sub-Area piano delle azioni	5.2	DEMENZE

Settore	5.2.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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 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.	

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 cario integrata e corretta dei DPSD.	E' stata garantita una informazione capillare a tutti i livelli sanitari territoriali e ospedalieri, ai MMG,ai servizi socio-assistenziali della rete e al volontariato. Il gruppo di lavoro multidisciplinare che è stato formalizzato dalle Direzioni Sanitarie delle due Aziende, costituiti da 22 professionisti, si è regolarmente riunito e dopo aver analizzato gli aspetti del percorso da implementare e sviluppare, ha condiviso insieme alle Direzioni Sanitarie di costituire un CDCD Ospedaliero, secondo le indicazioni della DGR 99/2016. In occasione di un incontro avvenuto il 17 ottobre è stato presente il referente della RER per il Progetto Regionale Demenze dr. Fabbo. I diversi professionisti, suddivisi per ruoli, stanno lavorando su documenti preliminari necessari alla stesura definitiva del PDTA.

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Stesura ed implementazionePDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
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.	La mappatura dei CDCD aziendali e successiva creazione dei CDCD, sull'anagrafe regionale delle strutture, con individuazione del relativo codice STS e collegamento alle strutture stesse ha permesso una prima rilevazione dei dati che si può considerare in linea con l'attività e le precedenti rilevazioni manuali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza messa a regime del sistema informativo	Flusso ASA	Sì/No		Sì		Sì		

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.	Le visite domiciliari, presso l'OsCo e presso le CRA vengono effettuate con regolarità su attivazione del MMG con una maggiore condivisione dell'UVG, servizio sociale e coordinatore di struttura.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.2.2	Integrazione socio sanitaria		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/ n. complessivo delle visite	Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%		
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete	Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	15,00%	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
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 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.	E' operativo il protocollo per l'accesso e la dimissione dal Nucleo Dedicato alle Demenze " Nucleo Dedicato alle Demenze per Assistenza Residenziale e Temporanea". A livello provinciale si è svolta la formazione rivolta agli operatori delle CRA relativo alla gestione dei disturbi del comportamento dei soggetti affetti da demenza così come è stata programmata; nel distretto di Fidenza è stata completata; nel distretto di Parma è iniziata ad ottobre e continuerà nel 2020. L'attività formativa rivolta alle assistenti sociali è iniziata nel distretto di Parma e continuerà nel 2020, così come negli altri distretti. Nel Distretto di Parma sono continuati gli incontri del gruppo di lavoro per individuare un percorso tra servizi sociali comunali e CDCD. Gli assistenti sociali hanno partecipato a tre all'èquipe clinica del CDCD, rispettivamente:23/9; 20/10; 25/11. Il 26 settembre si è svolta a Fidenza, la VII Ed della camminata in occasione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer. Sono stati organizzati e svolti una serie di incontri rivolti alla cittadinanza, a Parma in collaborazione con AIMA, nel distretto di Fidenza ci sono stati incontri a Salsomaggiore, Roccabianca, Fidenza in collaborazione con i Comuni, sindacati e patronati.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. Accessi Coordinatore Inferieristico Casa della Salute, UVG, Servizio sociale / N. accessi totali richiesti da tutti i servizi della rete	Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%		
N. Segnalazioni Assitenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei serivizi	Centro Disturbi Cognitivi	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%		
N. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza	Responsabile Programma Aziendale	Numero >=	1,00	3,00	1,00	6,00		

Settore	5.2.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Implementazione dei PDTA demenze a livello locale, così come previsto dalle linee di indirizzo regionali Percorso diagnostico terapeutico assistenziale – PDTA demenze (DGR 159/19). In particolare dovranno garantire lo sviluppo di tutte le fasi previste dallo stesso: sospetto diagnostico, diagnosi e cura, continuità assistenziale, fase avanzata e cure palliative, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, sociosanitaria, sociale e delle associazioni.	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	**5.2.2.1**	**DGR 977/19 - Demenze**			

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

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

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

Sub-Area piano delle azioni	5.3	EMERGENZA URGENZA-118

Settore	5.3.1	Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi
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		
Prosecuzione della progettualità in ambito interaziendale finalizzata ad uniformare la gestione provinciale dell'emergenza.			Sono state inviate le richieste di accreditamento alla RER per le postazioni di Fontevivo, Busseto, Bedonia e San Secondo.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Atto indirizzo aziende AUSL e OSP	verbali di DS	Sì/No	No	Sì	No	Sì		

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			Non risultano, al momento, segnalazioni relative a ritardi di conferimento centralizzato del paziente per manovre di rivascolarizzazione meccanica presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)	

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
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	% >=		90,00%		100,00%		

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.	La procedura è stata attivata e non si segnalano criticità.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Segnalazioni di mancata applicazione della procedura	in atti Centrale Unica	% <=		10,00%		0,00%		

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	Tale esercitazione prevista nel secondo semestre con l'apertura della nuova ala non è stata effettuata perché la realizzazione strutturale e l'occupazione funzionale dei locali suddeti è ancora in corso.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esercitazione generale PEIMAF Ospedale di Vaio	in atti alla Direzione Presidio	Sì/No		Sì		No		

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	Per problemi organizzativi legati alla scarsità del personale medico di Emergenza Territoriale l'iniziativa formativa in questione è stata realizzata a partire dal 2 settembre 2019.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	
3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	LR 44/2009 RER	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° medici formati/totale	in atti U.O. Formazione	% >=	25,00%	50,00%	0,00%	60,00%		

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.	L'attività di approntamento e verifica delle piazzole atte al volo notturno è stata più veloce del previsto e attualmente annovera 27 postazioni nell'ambito provinciale: Bardi, Bedonia, Berceto, Bore, Bore (località Metti), Borgotaro (ospedale), Busseto, Calestano (località Marzolara), Corniglio, Fidenza (ospedale di Vaio), Fornovo di Taro, Ghiare di Berceto, Monchio delle Corti, Neviano degli Arduini, Neviano degli Arduini (località Scurano), Palanzano (località Isola e località Ranzano), Pellegrino Parmense, Pessola di Varsi, San Secondo Parmense, Sissa/Trecasali, Soragna, Tornolo (località Santa Maria del Taro e Tarsogno), Varsi, Varano de' Melegari, Tizzano Val Parma (capoluogo e località Lagrimone), Zibello

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. di piazzole verificate ed attivabili nel 2019	In atti Direzione Sanitaria	Numero >=	6,00	16,00	27,00	27,00		

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

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**			
Progettazione e programmazione dell'attività medica ed infermieristica presso la postazione di Lagrimone			Presentato il progetto con allegata istruzione operativa		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Ufficializzazione della procedura operativa	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		

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.			Il passaggio formativo verso la competence didattica di AHA è stata completata. Nel secondo semestre si completeranno gli affiancamenti.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasferimento dell'affiliazione del Centro Fifor da IRC ad AHA	In atti alla U.O. Formazione	Sì/No		Sì		Sì		

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		

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**			
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.			Sono stati completati i retraining del personale formato nel 2017 ed è stato formato, secondo le direttive regionali, con obiettivo l'omogeneizzazione dei comportamenti assistenziali, il personale di nuova assunzione.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Programmazione retraining	Attestato di formazione di U.O.	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	5.3.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

Il miglioramento dell'accesso ai servizi in emergenza urgenza ed in particolare il buon funzionamento delle strutture di Pronto Soccorso è responsabilità complessiva dell'intero ospedale
e con esso dell'intera rete dei servizi sanitari. In relazione al Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza le Aziende devono applicare tali direttive conseguendo il miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1h per i casi di maggiore complessità.Dovrà essere attuata la riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti). Dovranno essere inoltre implementati i piani operativi per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con
particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di INPUT (accessi evitabili) ed OUTPUT (boarding). Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze anche nelle condizioni di attivazione delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity le Aziende Sanitarie sedi di Centrali Operative 118 (USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) devono garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118 attraverso la rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118. Le Aziende Sanitarie che svolgono servizio di emergenza territoriale assicurano l'applicazione omogenea dei protocolli infermieristici avanzati adottati ai sensi dell'art. 10 DPR 27 marzo 1992, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

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

Obiettivo	5.3.2.1	DGR 977/19 - Centrali Operative e 118

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.3.2.1**	**DGR 977/19 - Centrali Operative e 118**			

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

Sub-Area piano delle azioni	5.4	Politica del farmaco

Settore	5.4.1	Governo dell'Assistenza Farmaceutica

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**			
Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino. Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio. Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria. Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO. Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni o dei trattamenti per le nuove terapie monoclonali. Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2. Al fine di raggiungere l' obiettivo di riduzione dei PPI, secondo i parametri regionali, dovrà essere attuato un piano di miglioramento, con un maggior coinvolgimento dei prescrittori ospedalieri per l' indotto sul territorio.		E' proseguita la campagna di promozione al maggior utilizzo di farmaci equivalenti. Per le specifiche categorie di farmaci vedi 5.4.3.2			
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	

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**

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto	AFT	Sì/No		Sì				
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica(<= 48 DDD *1000 ab die)	Flusso SivER	Sì/No		Sì				
Prescrizione di ciascun farmaco (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER	Flusso SivER	Sì/No		Sì				
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare	Flusso SivER	Sì/No		Sì				
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)	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	**5.4.1.2**	**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.	E' proseguita , come per gli anni precedenti, l' attività di formazione/ informazione ai MMG e PLS da parte dei farmacisti territoriali. Sono stati fatti 24 incontri individuali, 21 incontri di NCP 10 incontri di distretto. Durante gli incontri sono sati affrontati i seguenti argomenti di appropriatezza prescrittiva: farmaci ipolipemizzanti, fluorochinoloni, vitamina D. A livello della rete ospedaliera il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ha incontrato i clinici prescrittori delle aree cliniche a maggior impatto di spesa ; sono state fatte azioni di sensibilizzazione nella prescrizione dei farmaci biosimilari, con stretti monitoraggi per verificarne l' andamento.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze incontri	Dipart. Farmac. Inter.	Sì/No	Sì	Sì		Sì		

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

Obiettivo	**5.4.1.3**	**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".	Conclusione delle attività del gruppo di lavoro per la revisione del documento " Raccomandazioni sulla valutazione e valutazione della disfagia nei servizi socio sanitari" , relativamente alla Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali nel caso di frazionamento, triturazione, apertura di capsule somministrazione nascosta. E' stato elaborato un elenco di farmaci contenente le informazioni utili alla somministrazione delle forme farmaceutiche" alterate" .Il lavoro è stato presentato nella seduta del Collegio di Direzione Ausl del 19.12. E' stata completata la procedura sulla gestione clinica dei farmaci negli Istituti Penitenziari. E' stato portato a termine l' audit sull' uso delle immunoglobuline nell' area neurologica. E' stata attuata la Procedura gestione clinica dei farmaci Interaziendale , I edizione e aggiornata rispetto alla Raccomandazione ministeriale n 18. E' stato concluso il progetto multicentrico di farmacovigilanza " USO APPROPRIATO E SICURO DEI MEDICINALI NEI PAZIENTI ANZIANI TRATTATI IN AMBITO TERRITORIALE O ISTITUZIONALIZZATI IN CASE RESIDENZA PER ANZIANI"

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Dipart. Farmac. Inter.	Sì/No		Sì		Sì		
Organizzazione audit	D.F.I./U.O. Governo Clinico	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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**			

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 a: 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 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; 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.	Le attività relative alla continuità terapeutica Ospedale-Teritorio sono state sviluppate e consolidate. Sono proseguiti gli incontri con i medici ospedalieri della rete ospedaliera provinciale su temi di appropriatezza e adesione alle Raccomandazioni regionali e/o di Area Vasta. In base alla programmazione della Commissione del farmaco di Area Vasta sono stati effettuati monitoraggi periodici su categorie di farmaci ad alto impatto territoriale. Nel corso dell' anno sono stati fatti incontri , anche ripetuti nelle stesse aree, con i prescrittori di AOU nelle aree cliniche coinvolte nell' uso dei biosimilari : reumatologia, dermatologia, oncoematologia, gastroenterologia, neurologia ; per questi farmaci sono stati fatti monitoraggi trimestrali per seguire meglio l' andamento prescrittivo a favore del biosimilare. Il 30 settembre si è tenuto un corso di formazione/ informazione presso il Dipartimento geriatrico riabilitativo affrontando i seguenti temi:politiche del farmaco regionali e di Area Vasta , presentazione del progetto di farmacovigilanza inaproprietezza prescrittiva negli anziani ospiti nelle CRA. ,appropriatezza prescrittiva in continuità terapeutica H- T ; disamina del percorso ospedaliero di erogazione a seguito di dimissione .

Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	**Riferimento Normativo**	DGR 901/2015

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Dip. Farm . Int./ flussi AFO/FED	Sì/No		Sì		Sì		
Adesione al PTR	Dip. Farm . Int.	% >=		98,00%		98,00%		
Prescrizioni per principio attivo	Dip. Farm. Int.	% >=		96,00%		96,00%		
Aumento distribuzione diretta in dimissione A.O.U.	Dip. Farm. Int.	Euro >=		753.000,00		436.690,00		

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	Vedi obiettivo 5.4.3.9

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		901/2015; DGR 919/2018

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci anticoagulanti orali	Dip. Farm. Int.	% >=		90,00%	100,00%			
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	Sì/No		Sì	Sì			
Incidenza num dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) su 1000 residenti (+/- 0,5%) (provincia)	Flusso SivER	Numero >=		2,20	2,38			

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	Il data base regionale delle eccezioni prescrittive viene gradualmente popolato. Già inserito nel 5.4.3.9

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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 obiettvi da parte del Servizio Assessorato Distrettuale della Regione Emilia Romagna	vedi 5.4.3 .1

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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			vedi 5.4.3.2		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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.	Verifica dell' adesione da parte dei clinici delle Raccomandazioni elaborate dal Grefo e utilizzo dei farmaci biosimilari di area oncologica vedi obiettivo 5.4.3.3

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità	Flusso SivER	Sì/No		Sì	Sì			

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		
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			vd 5.4.3.6		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
la strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale.	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	**5.4.1.11**	**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			Vedi 5.4.3 4		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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.	Vedi 5.4.3.5

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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		
L'intesa sulla distribuzione per conto (DGR327/2017), prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, DPC, distribuzione diretta.			A livello regionale sono stati situtuiti i gruppi di lavoro per dare avvio al nuovo Accordo. vedi obiettio 5.4.3.8		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata , dalla presa in carico alla DPC e alla Convenzionata	Specifico flusso di riferimento	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	**5.4.1.14**	**Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale**			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.1.14**	**Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale**			

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.	Per il Dipartimento Farmaceutico, solo per i farmacisti dell' Ausl sono stati raccolti mensilmente i moduli compilati dopo ogni visita/ incontri con i referenti ditte farmaco e dispositivi medici.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica.	Atti Dipartimento Farmaceutico	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.1.15**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmacovigilanza**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.1.15**	**Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmacovigilanza**			
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.			vedi 5.4.3 .10		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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 opretori 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	Vedi 5.4.3.11

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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).	Il percorso delle richieste dei dm di nuovo inserimento, attraverso lì applicativo regionale viene utilizzato da tutti i richiedenti.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali	Dip. Farm. Inter.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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).			Vedi 5.4.3.12		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico	Flusso Di.Me.	% >=		95,00%				
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	Flusso Di.Me.	% >=		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**	**Uso appropriato dei dispositivi medici**			
Tutti gli operatori sanitari devono dare applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di: -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. 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. 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.			Si evidenzia una buona adesione alle raccomandazioni regionali relative alle classi di dm oggetto di monitoraggio. Sono stati utilizzati per la quasi totalità i dispositivi aggiudicati in gare regionali e/o di Area Vasta. Gli indicatori per quest' anno non sono oggetto di verifica da parte delle regione e pertanto non valutabili.		
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	**5.4.2.4**	**Uso appropriato dei dispositivi medici**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2017)	specifico flusso di riferimento	Euro >=						
Spesa suturatrici 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 assorbenza, per punto DRG	specifico flusso di riferimento	Euro >=						

Settore	5.4.3	DGR - 977/19 - Linee di programmazione RER - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2019 le Aziende devono contribuire a realizzare il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,1% rispetto al 2018, cioè 479,3 milioni di euro. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio. Per quanto riguarda l'acquisto ospedaliero dei farmaci, si fissa a livello regionale una spesa sui livelli del 2018 con scostamenti differenziati a livello aziendale ed escludendo la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici del fondo nazionale. Una quota di tale spesa, pari a 31,1 milioni di euro, è assegnata alle singole aziende sotto forma di fondo per i farmaci oncologici ad alto costo .	

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

Obiettivo	5.4.3.1	DGR - 977/19 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

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

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

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

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

Obiettivo	**5.4.3.2**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: PPI, Antibiotici, Omega 3 e BPCO**

Descrizione	Rendicontazione
PPI: contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti, al netto della mobilità sanitaria. Antibiotici: contenimento complessivo del condumo territoriale degli antibiotici sistemici Omega 3: riduzione del consumo di omega 3 sulla base delle comuncazioni EMA Farmaci BPCO: promozione all'uso appropriato delle terapie della BPCO tramite percorso (nuovo PDTA) che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionissti (specialisti, MMG, infermieri e farmacie di comunità)	Sono proseguite le azioni di promozione della appropriatezza prescrittiva farmaceutica con particolare riferimento alle seguenti classi di farmaci: PPI, Antimicrobici, omega3, vitamnina D e farmaci BPCO. Nel 2019 il consumo di PPI è sato apri a 57,17 DDD/1000 assistiti pesati die. Il consumo di antimicrobiti sempre nel 2019 è di 13,31 DDD/DIE per 1000 assisititi pesati, degli omega 3 è di 3,57 DDD/DIE per 1000 assisiti pesati.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica (<= 52,37 DDD*1.000 ab die)	Flusso Insider	Numero <=		52,37		57,17		
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti : target atteso 13 DDD/1000 abitanti die	Flusso Insider	Numero <=		13,00		13,31		
Particolare cautela nell'uso dei fluorochinoloni riservata ad alcune specifiche categorie di pazienti per l'aumentato rischio di eventi avversi	Flusso Insider	Numero <=		1,40		0,97		
DDD per omega 3 : target <= 2,5 DDD/1000 abitanti die	Flusso Insider	Numero <=		2,50		3,57		
Promozione uso appropriato terapie BPCO	Flusso Insider	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	**5.4.3.3**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: NAO; Documenti GReFO**

Descrizione	Rendicontazione
NAO: contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, considerando anche il rapporto costo/opportunità. Documenti GReFO: adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco secondo le linee di indirizzo del gruppo GReFO. In assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto per l'uso prevalente , anche del rapporto costo/ opportunità.	L'incidenza dei pazienti in trattamento con i NAO (naive + switch da AVK) è di 4,57 pazienti su 1000 residenti.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) : 4,5 pazienti su 1000 residenti	Flusso Insider	Numero <=		4,50	2,38	4,57		
Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità	Flusso Insider	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Obiettivo	**5.4.3.4**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici**

Descrizione	Rendicontazione
Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe .	Sono state fatte azioni di condivisione con i clinici per l' utilizzo dei biosimilari.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.4**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci biologici**			
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Epoetine (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%	81,30%	85,05%		
Ormone della crescita (GH) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		50,00%	39,60%	38,87%		
Infliximab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		100,00%	96,40%	98,40%		
Etanercept (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	46,50%	63,82%		
Adalimumab (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	1,40%	70,56%		
Follitropina alfa (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		60,00%	53,90%	57,15%		
Trastuzumab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% <=		20,00%	57,46%	14,29%		
Rituximab in ambito reumatologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%	100,00%	100,00%		
Enoxaparina (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		90,00%	99,20%	99,60%		
Insulina lispro (ad azione rapida) (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% >=		80,00%	28,30%	37,60%		
Rituximab sottocute in ambito oncologico (impiego atteso del biosimilare sul totale del consumo)	Flusso Insider	% <=		20,00%	17,56%			

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.5**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Insuline basali**			
Descrizione			Rendicontazione		
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio			la percentuale delle insuline basali a minor costo sul totale delle insuline prescritte a livello regionale anno 2019 è pari a 81,4 mentre a livello provinciale è 79,68.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.	Flusso Insider	% >=		85,00%		79,68%		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.6**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: Farmaci epatite C**			

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.7**	**DGR - 977/19 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica: farmaci neurologici**			

Descrizione	Rendicontazione
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, sclerosi multipla e cefalea)	Sono stati fatti incontri con gli specialisti dell' area neurologica ed è stata garantita l' adesione alle raccomandazioni regionali.

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.8**	**DGR - 977/19 - Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie Convenzionate**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.8**	**DGR - 977/19 - Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie Convenzionate**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.9**	**DGR - 977/19 - Adozione di strumenti di governo clinico**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire adeguato trattamento farmacologico nella continuità assistenziale nella continuità ospedale/territorio attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta . E' in capo ai medici prescrittori la compilazione del -100% dei piani terapeutici regionali disponibili su SOLE, -registri di moniotraggio sulla piattaforma AIFA -data base regionale delle eccezioni prescrittive -corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale	E' stata garantita la continuità terapeutica tra ospedale territorio, anche attraverso la distribuzione in dimissione e per conto. Sono stati prescritti e utilizzati i farmaci del Prontuario Terapeutico di Area Vasta, non solo in degenza, ma anche nella fase di continuità H T . Sono stati compilati al 100% i PT regionali presenti nel Portale Sole, i registri Aifa. Il data base regionale delle eccezioni prescrittive viene gradualmente popolato. Il data base oncologico è correttamente e completamente alimentato.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.9**	**DGR - 977/19 - Adozione di strumenti di governo clinico**			
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.10**	**DGR - 977/19 - Farmacovigilanza**			
Descrizione			Rendicontazione		
Proseguire le attività di farmaco vigilanza e vaccino vigilanza applicando laprocedura operativa AIFA			Nel 2019 sono state inserite 82 schede di sospetta reazione avversa a farmaci.		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti	Flusso SIVER	Numero >=		50,00		18,14		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.11**	**DGR - 977/19 - Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza**			
Descrizione			Rendicontazione		
Migliorare la conoscenza del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti			A dicembre 2018 i farmacisti del Dipartimento referenti della dispositivovigilanza, in collaborazione con il Servizio Formazione interaziendale, hanno creato un corso Fad , con un primo modulo attivo da dicembre a febbraio 2019. Il corso è diventato regionale , con modifiche ed integrazioni, pertanto la seconda edizione è stata rilasciata a fine ottobre L' informazione del "nuovo" corso Fad è stata diffusa a livello aziendale.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. eventi formativi obbligatori (residenziali o distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria	atti direzione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		
Nr. operatori sanitari che hanno partecipato all'evento formativo (nel triennio 2017-2019)/ Nr.totale degli operatori sanitari assegnati	atti direzione 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	**5.4.3.12**	**DGR - 977/19 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici**			
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).			Il flusso è stato consolidato, con particolare riguardo ai diagnostici in vitro. Permangono alcune cirticità nel tasso di copertura flusso consumi DIME e IVD sul conto economico, per cui sono in corso approfondimenti al fine avere un allineamento congruo .		
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR - 977/19	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.12**	**DGR - 977/19 - Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico.	flusso DIME e conto economico	% >=		95,00%		94,70%		
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico.	flusso DIME e conto economico	% >=		40,00%		156,00%		
Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	% >=				7,50%		
Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	% >=				-1,30%		
Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillaotri impiantabili, rispetto al 2018 (indicatore di osservazione)	flusso Di.me e SDO	% >=				-15,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.13**	**DGR - 977/19 - Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**5.4.3.13**	**DGR - 977/19 - Attuazione LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e i prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali**			

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

Sub-Area piano delle azioni	5.5	PATOLOGIE CRONICHE

Settore	5.5.1	Nutrizione Artificiale

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.	I dati rilevati al 31/12/2019 registrano una variazione pari a circa - 1% rispetto ai volumi economici registrati nel 2018.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Volumi economici di spesa inferiori o uguali alla spesa rilevata nel 2018	DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=		1.852.041,00		1.829.797,00		

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.	In attesa della definizione dell'assetto organizzativo dell'Unità Operativa Complessa Interaziendale di Nutrizione Artificiale/Nutrizione Artificiale Domiciliare.

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

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Costituzione equipe	atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì		No		

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	In corso di definizione in accordo con la Direzione Direzione Attività Sanitarie e Sociali le modalità del coinvolgimento dei professionisti in oggetto.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Formalizzazione della procedura da parte della Direzione Sanitaria	documento in atti alla direzione sanitaria	Sì/No	Sì			No		

Sub-Area piano delle azioni	5.6	Sviluppo reti cliniche pediatriche

Settore	5.6.1	Area Territoriale
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.			Sono stati effettuati/programmati gli incontri distrettuali di UPCP per la condividione/discussione dei contenuti dei Profili Pediatrici		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Profili Pediatrici	Verbali riunioni	Numero >=		1,00	2,00	4,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.6.1.2	Patologie croniche pediatriche			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.1.2**	**Patologie croniche pediatriche**			

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.	Nel primo semestre 2019 è ripreso il confronto con la Direzione nell'ottica della possibile riapertura dell'ambulatorio del bambino obeso verso la fine del 2019, attività ancora sospesa in funzione di garantire le necessità dettate dall'applicazione della Legge sull'obbligo vaccinale. Nel secondo semestre sono stati organizzati incontri con il Distretto di Parma al fine di programmare la ripresa dell'attività dell'ambulatorio e individuare la sede e i professionisti coinvolti, che si stanno definendo. Si stima di riprendere l'attività nel primo semestre 2020 .

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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 collaborazone 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.	Per il corrente anno non è stato predisposto il report della Jefferson.

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

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 collaborazone con Jefferson University**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza report	Portale RIT	Sì/No		Sì		No		

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
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	Per quanto riguarda i test rapidi vengono distribuiti seguendo le indicazione della RER. L'incentivo per l'utilizzo dell'applicativo, inserito nello specifico accordo locale, viene erogato nei limiti delle indicazioni della RER.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		DGR 919/18

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. RAD per PLS distribuiti nell'anno (per PLS con almeno 800 assistiti)	Rilevazione aziendale	Numero >=		100,00		100,00		
Nr. RAD per PLS distribuiti nell'anno (per PLS con meno di 800 assistiti)	Rilevazione aziendale	Numero >=		50,00		50,00		
Vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello std. minimo di compilazione (>50 schede anno / PLS)	Specifico flusso di riferiemento	Sì/No		Sì		Sì		
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	InSider	Numero <=		720,21		765,84		
Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato.	InSider	Numero >=		1,53		1,50		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.1.5**	**Promozione dell'Allattamento -Pediatria di Comunità**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.1.5**	**Promozione dell'Allattamento -Pediatria di Comunità**			

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.

Nel mese di Marzo 2019 in tutte le Pediatrie di Comunità aziendali è ripresa la somministrazione dei questionari per l'indagine regionale sull'allattamento a 3 e 5 mesi in occasione degli appuntamenti vaccinali, che continuerà fino a novembre. Nel mese di gennaio 2019 presso la Casa della salute per il Bambino e l'Adolescente- Pediatria di comunità di Parma, è proseguita la mostra fotografica sull'allattamento nei luoghi della città curata dal Servizio Salute Donna.
Nel corso dell'anno si è svolto nel Distretto di Parma un incontro di Unità Pediatrica di Cure Primarie sulla dimissione appropriata del neonato e sui dati regionali sull'allattamento, alcuni operatori della PDC hanno partecipato ad un incontro regionale in preparazione all'allattamento e al Convegno regionale "Potere ai genitori per favorire l'allattamento". Presso la Casa della Salute per il Bambino e l'adolescente, PDC di Parma, in occasione della settimana mondiale dell'allattamento si sono svolti due incontri per bambini e genitori "un libro per ogni bambino: letture animate e racconti in valigia". In altri Distretti vi è stata partecipazione alla giornata mondiale per l'allattamento e rinforzo/consigli su allattamento al seno in occasione della somministrazione del questionario.
Dati relativi all'indagine 2018 per l'AUSL di Parma: schede missing 3,5%, allattamento completo a 5 mesi 37%, allattamento completo a 3 mesi 56%, non allattamento a 3 mesi 18%, non allattamento a 5 mesi 27% .
Per la rendicontazione degli indicatori relativi al 2019 si rimanda all'obiettivo 5.6.3.3 riferito alla DGR 997/2019.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite	Flusso AVR	% <=		10,00%				
% 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
Si dovranno garantire: - 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. 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. 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.	Nel corso dell'anno l'anno è proseguita l'offerta attiva di Antirotavirus ai nuovi nati, la somministrazione di quinta dose anti poliomielite ad adolescenti che hanno avuto accesso alle Pediatrie, l'applicazione della Legge 119 sull'obbligo vaccinale e della Circolare 13 regionale, sia per quanto riguarda il recupero delle vaccinazioni dell'obbligo sia per i colloqui per i genitori. All'inizio di novembre ha preso avvio la campagna antinfluenzale per i bambini con patologia cronica; è continuata la proposta di vaccinazioni ai cronci per la prevezione di malattie invasive batteriche. Nel mese di ottobre la regione ha emesso un comunicato stampa contenete i dati di copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie per la Legge regionale a 24 mesi sui nati 2016 che riportavano coperture del 97,1% al 31/12/18 e al 99,8% al 30/06/2019 per l'Ausl di Parma . Non sono stati prodotti dati di copertura vaccinale per Meningococco B e HPV. Si resta in attesa di un aggiornamento dei dati da parte della Regione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24°mese)	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%				
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.	Sono state analizzate le possibili cause che determinano un ritardo nella scelta del PLS, con l'obiettivo della rimozione dei fattori che potrebbero ostacolare il raggiungimento di tale obiettivo, ove dipendenti dall'organizzazione. Nell' l'anno 2018 la media aziendale si era collocata su un valore di 8,96%

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di bambini per cui è stato scelto il PLS entro 2 gg dalla nascita	ARA-SDO	% >=	50,00%	50,00%		6,18%		

Settore	5.6.2	Area Ospedaliera

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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	

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 Presido 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.	Durante il 2019 e fino al momento della compilazione della rendicontazione (21.11.2019) sono stati effettuati: 2 corsi di rianimazione neonatale, 2 corso PBLS-D , 3 incontri di formazione in collaborazione con il PS sulla gestione del dolore in età pediatrica, 2 corsi sul reperimento di accessi venosi pediatrici in urgenza . Altri 2 corsi di rianimazione neonatale sono stati programmati nel mese di dicembre 2019.

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	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. di corsi di formazione	U.O. Formazione	Numero >=	3,00	6,00	3,00	11,00		

Settore	5.6.3	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19 e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018 (DGR 427/2017 e 693/2018). Sono pertanto state introdotte nel calendario vaccinale regionale le seguenti vaccinazioni:
- Prima infanzia: Meningococco B, rotavirus e varicella
Adolescenza: estensione della vaccinazione anti HPV ai maschi e introduzione 5° dose di antipolio;
- Donna in gravidanza: vaccinazione contro la pertosse;
- Età adulta/anziana (65enni): vaccinazione anti-pneumococco e anti Herpes Zoster.
Sono ora da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento ulteriore delle coperture previste per i diversi interventi di prevenzione vaccinale.
In particolare, nel corso del 2019 si prevede:
- Ulteriore incremento della copertura vaccinale in età pediatrica, sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate;
- implementazione dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- miglioramento delle coperture vaccinali per pneumococco e Herpes Zoster nei 65enni (come previsto dal PNPV);
- introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle ragazze 25enni in occasione del primo screening del tumore del collo dell'utero;
- offerta gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle donne che hanno subito interventi di conizzazione al fine di ridurre le recidive;
- implementazione dell'offerta vaccinale alle persone con patologie croniche;
- Implementazione del nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2019-2023.
Inoltre, deve proseguire l'attività prevista per la piena attuazione della legge nazionale 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.
Vanno infine garantite tutte le azioni necessarie per il passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**5.6.3.1**	**DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale**			

Descrizione	Rendicontazione
L'offerta vaccinale prevista nel PNPV 2017-19 è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018. Sono state pertanto introdotte nel calendario vaccinale regionale nuove vaccinazioni per classe di età. Sono da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento delle coperture. Deve proseguiere l'attività per la gestione degli inadempimenti e recuperi vaccinali. Vanno garantite le azioni necessarie al passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.	Vaccinazioni della Prima infanzia: tutte le Pediatrie aziendali hanno proposto attivamente le vaccinazioni raccomandate per Meningococco B e Rotavirus , la vaccinazione antivaricella obbligatoria a partire dai nati 2017. E' proseguita anche nel primo semestre 2019 l'attività molto impegnativa di recupero inadempienti all'obbligo vaccinale al fine di migliorare le coperture vaccinali; questo impegno imposto dagli obblighi di Legge,associato all'estensione della vaccinazione HPV anche ai maschi, in alcune realtà ha prodotto un ritardo rispetto alla chiamata per la vaccinazione non obbligatoria anti HPV, per cui è appena iniziata la chiamata per i nati 2007 (e non del 2008 come previsto). Il passaggio all'anagrafe vaccinale real time è avvenuto il 7/6/2019. Si conferma anche nel secondo trimestre la proposta attiva di vaccinazioni antimeningocco B Rotavirus e Varicella a nuovi nati come previsto da PNPV 2017-19, la gestione inademopienti e i recuperi vaccinali . La copertura vaccinale a 24 mesi prodotta dalla Regione per l'Ausl di Parma è di 97,1% e 99,8% al 31/12/2018 e al 30/06/19. Non è stato prodotto il dato di copertura vaccinale per HPV ai nati 2006 ma si stima che possa essere stato raggiunto l'obiettivo del 60% . Si resta in attesa di un aggiornamento dati da parte della Regione.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.3.1**	**DGR 977/19 - Piano di Prevenzione vaccinale**			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24°mese)	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%				
Copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze/i della coorte di nascita 2006	Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.1	**Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**
Obiettivo	**5.6.3.2**	**DGR 977/19 - Lotta all'antibiotico resistenza**			

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

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	**5.6.3.2**	**DGR 977/19 - Lotta all'antibiotico resistenza**			

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**5.6.3.3**	**DGR 977/19 - Promozione dell'Allattamento - Pediatria di Comunità**			

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)	Nel convegno annuale regionale di settembre sono stati presentati i dati relativi all'indagine per l'anno 2018: i dati dell'AUSL di Parma sono i seguenti: schede missing 3,5%, allattamento completo a 3 mesi 56%, allattamento completo a 5 mesi 37% L' indagine attraverso i questionari per l'anno 2019 è iniziata a marzo e si è conclusa a novembre.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite.	FLUSSO AVR	% <=		10,00%		4,42%		
% Allattamento completo a 3 mesi.	FLUSSO AVR	% >=		55,00%		59,92%		
% Allattamento completo a 5 mesi.	FLUSSO AVR	% >=		40,00%		38,67%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**5.6.3.4**	**DGR 977/19 - Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)**			

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

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

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

Sub-Area piano delle azioni	5.7	Psicologia Clinica e di Comunità

Settore	5.7.1	Quadro Generale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Predispsosizione UOS come precvisto dalla delibera dell'istituzione della UOC di psicologia Clinica Depressione p ost 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.			E' stato prodotto il documento in bozza che dev'essere vagliato dagli uffici amministrativi preposti.Il gruppo di miglioramento ha effettuato 4 incontri		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Regione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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.			E' stato costituito il gruppo di miglioramento con gli psicologi che operano nei consultori dei 4 Distretti.Il gruppo di miglioramento ha effettuato 4 incontri		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Regione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Area	6	PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

Sub-Area piano delle azioni	6.1	Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

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 .	Le azioni relative agli investimenti sono state effettuate coerentemente al piano triennale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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%	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	"Le azioni relative agli investimenti sono state effettuate coerentemente al piano triennale. Relativamente alla voce di adeguamento alle circolari AGID è in corso di definizione uno specifico progetto di ammodernamento e revisione delle tecnologie ICT più obsolete. Il documento non è stato completato al 31/12 per i progressivi chiarimenti sugli adeguamenti di sicurezza da realizzare derivanti dalle analisi di impatto sui trattamenti dati in corso di realizzazione. In sintesi si sta convertendo da misure minime a misure adeguate"

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Utilizzo delle risorse economiche pianificate, misurate tramite il 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%	50,00%	90,00%		
Prosecuzione della pianificazione delle azioni relative alle misure sicurezza AGID	Documento pianificazione	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.3**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.3**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			
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. Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), assicurare collaborazione e supporto . 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)			"La cartella SOLE, il gestionale GAAC e il Fascicolo Sanitario Elettronico sono stati oggetto di promozione e supporto all'interno dell'azienda con specifici interventi. In particolare per il GAAC sono state organizzate riunioni di adeguamento del modello organizzativo al nuovo sistema. L'adesione e l'utilizzo di SSI è monitorato dai dipartimenti cure primarie e la promozione di FSE è stata effettuata anche tramite specifiche convenzioni con realtà locali. La messa a disposizioni dei servizi definiti da RER è stata completata. Il collaudo in produzione della piattaforma PagoPA è stata effettuata nel corso di novembre e dicembre per i vari sistemi coinvolti (vaccinazioni, sanzioni, ticket...)"		
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 Tecnology (ICT)**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE	specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		100,00%		
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-area amministrativo-contabile (GAAC)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-software GRU	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale(per FSE)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	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%	100,00%	100,00%		
Attivazione infrastruttura PagoPA	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
dematerializzazione buoni celiachia	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì	Sì			
attivazione anagrafe vaccinazione real time	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì	Sì			

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.4**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.4**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento. Software unico dei comitati etici: Le aziende dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e i servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca. Cartella clinica unica regionale informatizzata del 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)	i progetti regionali di dematerializzazione delle prescrizioni sono stati perseguiti con esiti positivi. In particolare le prescrizioni DEMA sono comunque in aumento rispetto ad un valore già elevato dell'anno precedente. Il software dei comitati etici è stato integrato con il gestionale documentale e sono stati attivitati i controlli tecnici preventivi relativi al software DSM-DP.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	80,00%	80,00%		
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-Software unico dei comitati etici	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	80,00%	100,00%		
partecipazione del Dipartimento di Salute Mentale alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale-cartella clinica unica	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	80,00%	95,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.5**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.5**	**Information Communication Tecnology (ICT)**			

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)	Installato un sistema di allineamento con i servizi regionali di codifica che presenta i dati ai tecnici ICT. I I sistemi telematici sono attivi per la gestione dei certificati INPS per le degenze dei due stabilimenti. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria. Il numero di certificati di malattia telematici INPS per evento di PS e di ricovero sono in fase di elaborazione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	50,00%	90,00%		
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS-Casellario dell'assistenza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	80,00%		
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		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)	E' in corso di ridefinizione il progetto di datawarehouse che vede al proprio interno il concetto di identificativo paziente. La nuova piattaforma permetterà una puntuale rendicontazione delle attività relative al singolo paziente. Relativamente alla ridefinizione del sistema informatico di gestione dei percorsi è subentrato una profonda revisione della gestione della presa in carico a livello ambulatoriale (PNGLA) oltre ad una revisione delle modalità di gestione di visita/ecg. Questo ha portato alla necessità di rivedere il software non solo dal punto di vista tecnologico ma anche informativo. Il progetto di revisione avrà quindi luce nel prossimo anno una volta consolidata il funzionamento di PNGLA

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGE	specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%		1,00%		
Adesione alle azioni richieste da NSIS	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	100,00%		
Rispetto scadenze adeguamento flussi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Incidenza variazione dei dati (media annuale)	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		18,00%		
Completezza dei dati nel mese di competenza	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		90,00%		
ridefinizione strumento informatico per la gestione percorsi	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì		No		

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

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**			
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.			La rendicontazione della spesa farmaceutica ed in particolare l'invio del flusso tracciata è avvenuto in modo puntuale. La gestione della coerenza dei valori è oggetto di confronto tra i servizi più interessati del Dipartimento Farmaceutico, Controllo di Gestione e Servizio Economico Finanziario		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei tempi d'invio delle relazioni mensili (n. relazioni mensili inviate entro i termini)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	100,00%	100,00%		
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%		100,00%		
Rispetto dei tempi invio flussi FRNA - Invio flussi/dati entro i tempi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	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		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.1.8**	**Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera**			

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.	I dati dell'attività clinica sono stati oggetto di condivisione con i servizi reginali preposti. La condivisione è avvenuta sia per il monitoraggio dell'utiilizzo delle sale operatorie che per l'analisi nel rispetto delle liste d'attesa. Si è ritenuto particolarmente importante per la corretta rendicontanzione dei flussi dell'attività clinica progettare una integrazione tra i due repository clinici delle aziende sanitarie di Parma. Si prevede di effettuare il collaudo entro la fine dell'anno.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
integrazione data repository con AOUPR	collaudo sistemi informatici di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	6.1.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.Fascicolo Sanitario Elettronico Incremento delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale unico strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica. Recepimento del Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221". Prescrizioni dematerializzate L'adempimento al D. Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni e ormai in fase di messa a regime, le Aziende entro la fine del 2019 devono concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata in particolare devono sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministravo per la corretta presa in carico ed erogazione.Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi Le Aziende Sanitarie nel corso del 2019 devono utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare suddivisi in due macro-categorie. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero. Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contributo al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).	

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

Obiettivo	6.1.2.1	DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT) - FSE

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**6.1.2.1**	**DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT) - FSE**			

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**6.1.2.2**	**DGR 977/19 - Information Communication Technology (ICT) - Prescrizioni dematerializzate**			

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizioni dematerializzate: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione.	Tutti i software di prescrizione sono stati adeguati.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	80,00%	100,00%		
Implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.1.2.3**	**DGR 977/19 - 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. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 12/ aprile 2012	Installato un sistema di allineamento con i servizi regionali di codifica che presenta i dati ai tecnici ICT. I sistemi telematici sono attivi per la gestione dei certificati INPS per le degenze dei due stabilimenti. L'effettiva adesione dei clinici all'attività di certificazione è in corso di approfondimento con la direzione sanitaria.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	50,00%	100,00%		
Nr. Certificati INPS prodotti per evento di PS	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	0,00%	80,00%		
Nr. Certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di ricovero ospedaliero	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		80,00%		

Sub-Area piano delle azioni	6.2	ACCREDITAMENTO E QUALITA'

Settore	6.2.1	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
La Direzione Strategica a seguito della visita di verifica per rinnovo con viariazioni 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 professinisti 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 risutlati e delle performance correlate al miglioramento.	L'attività di verifica atta a valutare l'implementazione del sistema qualità analizzato nell'ottica del ciclo completo di valutazione strategica, a richiesto all'Ufficio una preparazione documentale necessaria e propedeutica alla realizzazione del riesame della Direzione che dovrà essere condotto al fine di valutare l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità e di migliorarlo su base continua.Tale verifica sarà effettuata attraverso un Audit interno. Questa prima parte dell'anno è stata pertanto protesa, a definire congiuntamente ai Dipartimenti i punti di forza e debolezza riferiti agli esiti conseguiti nel 2018 e, alla luce degli stessi, pianificare gli obiettivi del 2019. All'interno di questo scenario i Dipartimenti sono stati supportati ad analizzare i loro processi da un ampia prospettiva: nell'ottica del sistema qualità; analizzandoli focalizzando l'attenzione sulla gestione del rischio; dal punto di vista del cittadino/utente e ponendo attenzione alle attività di supporto necessarie al raggiungimento degli obiettivi stessi. Il prodotto finale di questo primo semestre è stata la realizzazione dei Piani delle Attività , elaborati per ogni Dipartimento ospedaliero e territoriale. Tali documenti costituiranno la base per il riesame della Direzione di fine anno che sarà oggetto di audit interno. La verifica di seconda parte è stata claendarizzata per il 12 dicembre 2019. Ai fini della verifica intermedia di audit sono stati realizzati tre audit del sistema qualità interni, allo scopo di verificare le criticità evidenziate nel verbale di accreditamento ed analizzare lo stato attuale del sistema agito dall'organizzazione.

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Audit interno rivolto al DCP (entro il 30/07/2019)	Verbali di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		
Audit interno rivolto al DAISM-DP (entro il 30/06/2019)	Verbale di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		
Audit interno rivolto al Dipartimento Medico e della Diagnostica - P.O. Azle (entro il 31/12/2019)	Verbali di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		
Audit interno rivolto al Dipartimento Chirurgico - P.O. Azle (entro il 31/12/2019)	Verbali di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		
Audit interno rivolto al DipartimentoEmergenza - Urgenza interaziendale (entro il 31/12/2019)	Verbali di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		

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.	L'ufficio nel corso del primo semestre 2019 ha svolto attività di consulenza e supporto al completamento dell'accreditamento istituzionale dell'U.O. interaziendale Formazione per la funzione di Provider. Il cui esito finale si è concretizzato nel maggio 2019 con la visita di verifica da parte dell'ASSR. Per quanto attiene il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Ospedale di Fidenza, sono stati predispositi i documenti necessari all'invio della domanda di autorizzazione regionale, ed è stato realizzato un audit interno di sistema per la valutazione dell'applicazione del SGQ presso il Centro in oggetto. Nell'agosto 2019 è stato realizzato un audit interno sul sistema qualità presso il Centro PMA dell'Ospedale di Fidenza.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consulenza e supporto al percorso di accreditamento istituzionale	Audit verifica requisiti specifici	Sì/No	Sì	Sì	Sì	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
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'integrtità 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.	Realizzazione di un percorso formativo programmato da maggio a novembre 2019 "Strategie Aziendali e Strumenti del Controllo Direzionale: Un'analisi critica". Il corso si focalizza sul processo e sugli strumenti del controllo direzionale all'interno dell'Azienda, con specifico riferimento al loro utilizzo per la realizzazione strategica. Scopo prevalente del corso sviluppare nei partecipanti la consapevolezza delle opportunità offerte dallo sviluppo del controllo direzionale come strumento di supporto alla realizzazione della strategia aziendale, nonché fornire i razionali di riferimento per utilizzare in tal senso gli strumenti esistenti del controllo direzionale ed eventualmente revisionarli o costruire ed impiegare strumenti innovativi . Docente del Corso: Prof.ssa Paola Sacco - Docente di Programmazione e controllo - Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. La metodologia didattica del percorso ha richiesto la segmentazione dei partecipanti al corso (professionisti di area sanitaria e amministrativa), in gruppi di lavoro, ciascuno dei quali dedicato ad analizzare ed individuare strategie di miglioramento su criticità concrete, individuate dalla Direzione su alcune criticità emerse riguardanti le Linee di Indirizzo Regionali. L'Ufficio è stato coinvolto dal Dipartimento Valutazione e Controllo con la funzione di supervisione dei gruppi di lavoro nell'ambito del sistema qualità. è proseguita nel corso di questo secondo semestre l'attività di supervisione dell'ufficio verso i gruppi di lavoro designati."

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Strutturazione di eventi formativi sul tema della pianificazione, controllo, verifica e miglioramento	Accreditamento ECM eventi formativi	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Obiettivo	**6.2.1.4**	**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**			
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			Nel corso di questo primo semestre 2019, l'ufficio ha provveduto alla verifica di alcuni PDTA aziendali ed interaziendali:1) PDTA esordio psicotico; 2) PDTA prima crisi epilettica, 3) PDTA scompenso cardiaco. I Percorsi sono stati verificati con un audit di sistema rivolto ai professionisti coinvolti mediante utilizzo di check list regionale.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Verifica PDTA con check list regionale e verbale conseguente	Verbale di audit	Sì/No		Sì	Sì	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.	"In collaborazione con il Dipartimento Valutazione e Controllo sono stati realizzati incontri con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e terrritoriali, nel corso dei quali è stato condiviso il format del piano delle attività ipotizzato e gli elementi necessari alla sua realizzazione. Successivamente sono stati calendarizzati e realizzati incontri specifici con le direzioni dei Dipartimenti per condividere e supportare gli stessi nella realizzazione del documento in oggetto. I piani delle attività elaborati sono stati presentati alla Direzione Generale per una prima valutazione. Nel mese di novembre sono stati pianificati e realizzati incontri presso ogni Dipartimento aziendale (ospedaliero e territoriale), al fine di descrivere per ogni elemento in ingresso i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame. Per ogni elemento sono state riportato sinteticamente, le valutazioni/commenti rispetto a quanto definito in ingresso.Come riferimento prioritario sono stati considerati i seguenti elementi : • Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi; • Azioni relative al miglioramento dei prodotti/ prestazioni; • Azioni correttive e/o preventive; • Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento;• Pianificazione di azioni di Governo Clinico (formazione, addestramento, modifica di procedure/istruzioni); • Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici; • Evidenziazione della necessità di risorse; • Eventuale programma di audit interni; • Definizione di obiettivi per la qualità. "

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Affiancamento ai Direttori dei Dipartimenti per la stesura del Piano Attività	Elaborazione documento	Sì/No		Sì	Sì	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

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**			

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.	Il riesame della Direzione è un processo chiave all'interno dell'implementazione e del mantenimento del Sistema Qualità. Per questa ragione la prima parte dell'anno è stata ampiamente rivolta alla elaborazione della documentazione e degli elementi di input necessari alla definzione del riesame di fine anno della direzione. Il piano delle attività completato a fine anno dai Dipartimenti sarà rappresentativo delle informazioni riguardanti il riesame, che dovranno essere raccolte in modo strutturato in un Rapporto sullo stato della Qualità da presentare al vertice aziendale. Da qui l'emergere e la riflessione su nuove azioni e proposte di miglioramento. a seguito del riesame della direzione dei DIpartimenti ospedalieri e terrritoriali, la Direzione effettuerà una valutazione utile a definire obiettivi specifici di qualità alla luce dei risultati ottenuti

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attività di supporto alla Direzione Strategica per la veriffica al primo semestre 2019 del riesame della direzione	Riesame direzione	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	**6.2.1.7**	**Indagine Regionale "Casa Qualità"**			

Descrizione	Rendicontazione

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

Obiettivo	**6.2.1.7**	**Indagine Regionale "Casa Qualità"**

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.	Nel corso del primo semestre a cura del Consorzio Teres affidatario dell'indagine CATI per conto dell'ASSR sono state realizzate le indagini telefoniche sugli assistiti (oltre 600) precendentemente coinvolti presso le CdS inserite nel progetto. E' atteso il report finale da parte dell'ASSR nel secondo semestre dell'anno. Nel mese di Agosto ASSR ha inviato il report conclusivo dell'indagine, con esiti molto positivi. Si è provveduto a chiedere il dettaglio degli esiti aziendali a seguito dei quali l'intero progetto è stato presentato al Collegio di Direzione (23 ottobre) e successivamente al Board della Cds di San Secondo (3 dicembre).[Si segnala che come Ausl di Parma abbiamo gestito in parallelo tutta la procedura amministrativa legata all'affidamento incarico, verifica e liquidazione compensi al Consorzio che ha materialmente realizzato l'indagine]

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. consensi raccolti	Report ASSR	Numero >=		500,00	636,00	636,00		
Partecipazione incontri gruppo di progetto regionale	Atti ASSR	Numero >=		2,00	2,00	2,00		

Settore	6.2.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Entro il 31/12/2019 tutte le aziende sanitarie dovranno essere sottoposte a verifica di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie". Si precisa che, quanto contenuto nell'allegato alla Delibera in oggetto sostituisce integralmente i requisiti approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004. Tali requisiti, che dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda di rinnovo, variazione o nuovo accreditamento, saranno applicati a livello delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. Le aziende, al momento della domanda devono inoltre possedere i requisiti specifici vigenti ed applicabili alle attività oggetto di accreditamento. Le Aziende devono fornire evidenza dell'effettiva applicazione dei contenuti della circolare regionale n.13/2018 relativa ai "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio del paziente al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi con il monitoraggio a livello locale della qualità del servizio in collaborazione con gli utenti o le associazioni che li rappresentano.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 977/19 -Accreditamento			

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

Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 977/19 (3.5)

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 977/19 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.2.2.2**	**DGR 977/19 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento**			

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

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

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

Sub-Area piano delle azioni	6.3	Governo Clinico

Settore	6.3.1	Quadro generale

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	Articoli a stampa, Copie dei poster e degli interventi a congressi (se pubblicati), interi volumi, sono stati raccolti ed inseriti nello spazio dedicato rintracciabile sulla Intranet aziendale all'indirizzo http://aziendausldiparma.ausl.pr.it/Intranet/aree-tematiche/progetti-corso/pubblicazioni-medico-scientifiche-anno-2019-1.aspx

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Raccolta sistematica della produzione scientifica ed intellettuale dell'azienda e diffusione dell'utilizzo del relativo sito Intranet	Intranet: banca dati produzione scientifica	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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**			
Applicazione adempimenti previsti dalla L. 24/17 e degli std. qualitativi ospedalieri previsti dal DM 70/15- -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)			La relazione annuale è stata pubblicata nei tempi richiesti dalla Regione (31/3/2019). Il piano programma è stato sottoposto alla prima revisione e si stanno predisponendo gli aggiornamenti ritenuti necessari. È stato redatto il report di attuazione delle attività previste dal PPSC per il 2018.		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	**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	**6.3.1.2**	**Sicurezza delle cure**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/17 per incidenti verificatisi	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
PPSC:Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Incident Reporting: evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di strutture non segnalanti nel 2018	specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	1,00	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%	40,00%	87,77%		
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%	35,00%	66,22%		

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**			
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). 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.			Si è proceduto alla esecuzione delle osservazioni (progeetto Osservare). Il braccialetto identificativo, per la identificazione univoca del paziente, come già dichiarato, è stato adottato in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. Non sono state effettuate visite per la sicurezza (strumento "Visitare"). Sono stati effettuati due SEA per altrettanti near miss ostetrici.		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	**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	**6.3.1.3**	**Sicurezza delle cure**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		
Adozione braccialetto identificativo (% di copertura sulle UU.OO. di degenza di degenza)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	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%	0,00%	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	0,00	0,00		
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%	50,00%	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

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**

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).	La procedura aziendale relativa alla prevenzione, controllo e trattamento delle lesioni da pressione è stata approvata e diffusa agli operatori

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	75,00%	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	0,00	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	0,00	3,00		

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
Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SIChER). Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo. Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica . sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi. (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP)	La sorveglianza nei confronti della diffusione delle Enterobatteriacee produttrici di Carbapenemasi è continuata come da protocollo in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. La Direzione delle Attività Sociali ha distribuito e successivamente raccolto un questionario finalizzato alla sensibilizzazione ed alla raccolta di indicatori sull'igiene delle mani. Si è conclusa positivamente le attività di sorveglianza per la raccolta dei dati del monitoraggio tramite il sistema SiChER per la sicurezza in sala operatoria. I dati relativi al consumo di gel idroalcolico, sebbene riferiti ai primi nove mesi dell'anno, sembrano dimostrare un progressivo incremento del loro utilizzo da parte del presidio aziendale, con percentuali prossime all'obbiettivo regionale.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		87,00%		
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		19,16		
Predisposizione di un report annuale di Ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	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%	100,00%	100,00%		

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

Obiettivo	**6.3.1.6**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

Descrizione	Rendicontazione
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)	Il piano di smaltimento sinistri precedenti al programma regionale di gestione diretta è stato aggiornato al 2019 ed inviato alla Regione. L'Azienda ha preso in carico e gestito i sinistri secondo le determinazioni regionali, procedendo, altresì, all'implementazione del database di gestione sinistri. La procedura interna di gestione sinistri è al momento in corso di revisione, alla luce delle indicazioni operative della recente Circolare n. 12 RER del 28/11/2019. Nel frattempo si sono rispettate le indicazioni e le tempistiche previste dalle precedenti delibere di Giunta Regionale. Nell'alimentazione del data base "gestione del rischio" sono stati soddisfatti i tempi di processo, nonchè raggiunti i valori target (% sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico Legale e determinazione CVS) correati alla media regionale. Il piano smaltimento dei casi pendenti è stato inviato alla regione entro la data del 31/07/2019 , con l'aggiornamento delle chiusure dei sinistri antecedenti alla adesione del programma regionale, l'evidenziazione dei casi silenti, di quelli tuttora aperti con vertenza giudiziale e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nel 2018.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
% sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12	specifico flusso di riferimento	% >=		87,50%		50,00%		
Grado di completezza del database regionale (%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

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**			

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. 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: -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	Si è in attesa di pubblicazione delle specifiche normative che rendano applicabile la norma a livello nazionale e regionale. Si resta in attesa di parametri e indicatori nazionali di rintracciabilità

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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	Sì/No		Sì				

Settore	6.3.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel 2019 dovrà continuare l'impegno delle aziende sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, consolidando il rapporto con il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. In tal senso dovrà continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e incident reporting, nonché dovrà essere garantita l'attività per la costante implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed il relativo monitoraggio Agenas. Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2019. Nel 2018, inoltre, è stato recepito a livello ragionale il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza (DGR 1021/2018) ed è stato costituito un Gruppo tecnico di lavoro per l'implementazione del PNCAR a livello regionale (Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare Num. 5590 del 20/04/2018).	

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

Obiettivo	6.3.2.1	DGR 977/19 - Sicurezza delle cure

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2019 dovrà continuare l'impegno delle Aziende Sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, dovrà continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella e incent reporting	Il fusso informativo ha continuato ad essere utilizzato mediante il popolamento dei data base e dei sistemi SIMES e IR. Inviato in RER report di attuazione dell'annualità 2018 del piano programma. E' In fase di preparazione il rinnovo del PPSC per il triennio 2020-2022. E' stato intrapreso e concluso il progetto Oasservare, con il raggiungimento dei valori indicati dalla DGR 977/2019 (75 osservazioni). Sono stati effettuati due audit per altrettanti near miss ostetrici.

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.1**	**DGR 977/19 - Sicurezza delle cure**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		
Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 - strutture segnalanti 2018	specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	3,00	3,00		
Effettuazione check list di sala operatoria: Copertura SDO su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	50,00%	87,77%		
Effettuazione check list di sala operatoria: Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	50,00%	66,22%		
Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		85,00	0,00	75,00		
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia (%di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.2**	**DGR 977/19 - Sicurezza delle cure**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.2**	**DGR 977/19 - Sicurezza delle cure**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Effettuazione di visite per la sicurezza(Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		0,00		
Recepimento delle linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto(Emanazione procedura aziendale)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Recepimento delle linee di indirizzo per la profilassi del trombo embolismo venoso nel paziente chirurgico adulto (Emanazione procedura aziendale)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018(aumento rispetto al 2018)	specifico flusso di riferimento	% >=		30,00%		30,00%		
Estendere auditing, tra pari, sull'adesione linee di indirizzo reg.cadute / procedura az. ad altre 4 U.O. (a scelta in base alle priorità di intervento-miglioram.) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		6,00		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**DGR 977/19 - Lesioni da pressione**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**DGR 977/19 - Lesioni da pressione**			

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.4**	**DGR 977/19 - Linee di inidrizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**6.3.2.5**	**DGR 977/19 - 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	**6.3.2.5**	**DGR 977/19 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

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

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

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

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

Obiettivo	**6.3.2.6**	**DGR 977/19 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza**

Descrizione	Rendicontazione
Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SIChER). Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo. Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica. Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi	La sorveglianza nei confronti della diffusione delle Enterobatteriacee produttrici di Carbapenemasi è continuata come da protocollo in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. La Direzione delle Attività Sociali ha distribuito e successivamente raccolto un questionario finalizzato alla sensibilizzazione ed alla raccolta di indicatori sull'igiene delle mani. Si è conclusa positivamente la attività di sorveglianza per la raccolta dei dati del monitoraggio tramite il sistema SiChER per la sicurezza in sala operatoria. I dati relativi al consumo di gel idroalcolico, sebbene riferiti ai primi nove mesi dell'anno, sembrano dimostrare un progressivo incremento del loro utilizzo da parte del presidio aziendale, con percentuali prossime all'obbiettivo regionale.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		87,00%		
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario (20 litri per 1.000 giornate di degenza)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		19,16		
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

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.			VEDI SCHEDA 6.4.2		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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			VEDI SCHEDA 6.4.2		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità	Specifico flusso di riferiemento	Sì/No		Sì				
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità	Specifico flusso di riferiemento	Sì/No		Sì				
Utilizzare strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) per vulnerabilità sociali popolazione di riferimento del proprio territorio	Specifico flusso di riferiemento	Sì/No						

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**6.4.1.3**	**Metodi per favorire l'empoverment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**6.4.1.3**	**Metodi per favorire l'empoverment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**			

Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi.Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere: a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/ istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari). Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata	VEDI SCHEDA 6.4.2

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza incontri	Specifico flusso di riferiemento	Sì/No		Sì				

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**6.4.1.4**	**Riordino dei Comitati Etici**			
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 . 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 .			VEDI SCHEDA 6.4.2		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Collaborazione all'avvio dell' utilizzo della piattafroma SIRER	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

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**

L'Azienda sta sviluppando con altri partner (LEPIDA, Università degli Studi di Parma, CNR_ISTI 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.

E' stata svolta attività di sensibilizzazione rivolta ai Medici di Medicina Generale finalizzata all'incentivazione della segnalazione di potenziali pazienti da arruolare nel progetto Activage tramite la partecipazione del responsabile scientifico del Progetto ad incontri di Nuclei di Cure Primarie nel corso dei quali è stato distribuito materiale informativo predisposto dal coordinamento del progetto in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione, specificatamente rivolto ai MMG . A tali incontri sono seguiti contatti diretti con singoli Medici di Medicina Generale e la messa loro a disposizione di un manuale per l'estrazione dalla cartella sole dei pazienti aventi le caratteristiche necessarie per essere potenzialmente arruolabili nel progetto.
Sono stati organizzati 4 focus group allo scopo principale di analizzare la percezione dei pazienti e dei loro caregiver verso il loro stato di malattia e di atteggiamento verso l'utilizzo/applicazione delle tecnologie e dei dispositivi, ed individuazione dei punti di forza e delle criticità.
La realizzazione dei focus group ha visto il coinvolgimento di un gruppo di professionisti che lavorano nell'ambito sanitario e che per ruoli professionali differenti vengono coinvolti nel percorso terapeutico-riabilitativo del Progetto (Neurologo, MMG, Medico Fisiatra, Terapeuta Riabilitativo, psicologi ed educatori), un gruppo di pazienti inseriti nel percorso terapeutico-riabilitativo del Progetto e un gruppo di caregiver composto da famigliari dei pazienti afferenti al Progetto . E' stata fatta un'analisi di quanto emerso nel corso dei focus group con produzione di una relazione scritta .

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**	**Valore ragg. intermedio**	**Valore ragg. finale**	**Perf. inter**	**Perf. finale**
Incontri con i Medici di Medicina Generale all'interno dei Nuclei di Cure Primarie	direzione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		
n. focus group eseguiti	direzione aziendale	Numero >=	2,00	3,00	4,00	4,00		

Settore	6.4.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

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 2019 sono: -la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici e al rilancio del sistema ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale, -il supporto al Piano Sociale e Sanitario, -il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza sanitaria, - la partecipazione ai progetti di innovazione sociale, -il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento, -la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**6.4.2.1**	**DGR 977/19 - Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema di ricerca e innovazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Le segreterie dei CE dovranno collaborare all'attivazione e corretta alimentazione della piattaforma informatica regionale	Al 30.06 la piattaforma risultava ancora non attivata da parte della Regione, e pertanto non si è potuto operare; in attesa della piena attivazione si è comunque garantita la partecipazione al gruppo regionale di progetto attivato dalla ASSR.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma (Alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		
Assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

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. In primo luogo si individua l'attivazione di un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica. In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.	Nel secondo semestre si è concluso il percorso di formazione"SRADICARE LA VIOLENZA COLTIVARE IL RISPETTO". Corso di formazione transculturalesulle relazioni di genere per operatori e operatrici culturali e sociali", Organizzato da Università degli Studi di Parma in collaborazione con AUSL ed altre Associazioni del Territorio. Il percorso ha esitato in un convegno promosso dagli stessi organizzatori dal titolo "IN-VISIBILE, IN-DICIBILE, IN-AFFRONTABILE? Violenza sulle donne. Strategie di denuncia,contrasto e prevenzione". Nel secondo semestre alcuni Professionisti dell'Azienda, su mandato della Direzione Sanitaria, hanno partecipato ai primi due laboratori per la medicina di genere organizzati da ASSR, il primo sulla Patologia cardiovascolare e stroke, il secondo sul Diabete. Su mandato della Direzione Generale alcune professioniste sono coinvolte nella organizzazine e promozione del Tavolo Interistituzionale sulla Medicina di Genere in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma. Nel mese di Novembre è stato organizzato dal DAISM DP il convegno "OGNI GENERE DI SGUARDO La dipendenza tra cura, educazione e valore delle differenze in una Medicina di genere e salute al femminile" in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma, Associazione Maschi che si Immischiano. Su mandato della Direzione Generale alcune professioniste sono coinvolte nella organizzazione e promozione del Tavolo Interistituzionale sulla Medicina di Genere in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma. Nel mese di Novembre è stato organizzato dal DAISM DP il convegno "OGNI GENERE DI SGUARDO La dipendenza tra cura, educazione e valore delle differenze in una Medicina di genere e salute al femminile" in collaborazione con il Comune di Parma, AOU Parma, Università degli Studi di Parma, Associazione Maschi che si Immischiano.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivare almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

Obiettivo	**6.4.2.3**	**DGR 977/19 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)**

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

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		

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

Obiettivo	**6.4.2.4**	**DGR 977/19 - Metodi per favorire l'empoverment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)**

Descrizione	Rendicontazione
Tra gli strumenti previsti nell'ambito della Programmazione locale per la salute e il benessere locale, in relazione al Piano Sociale e sanitario 2017-2019, vi è il Community Lab. È una metodologia che attiva processi di innovazione, ricerca e pratica connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. In particolare, è possibile l'utilizzo del Community Lab nei Piani di Zona seguendo le Linee Guida "La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità" (Bologna,2017). Sono quindi prevedibili due direzioni principali di applicazione: a) Potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità in particolare in riferimento alla promozione alla salute; b) Utilizzare il metodo Community Lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale.	Il Secondo semestre ha visto la partecipazione di professionisti dell'azienda a due percorsi Community Lab: il primo legato alla predisposizione del nuovo PRP 2020-2023, il secondo sul Distretto di Parma, finalizzato all'implementazione del Progetto Casper II- Azione 4 (coinvolgimento associazioni migranti) con Comune di Parma come capofila. Con la delibera 683 del 28.08.19 si è approvato il "Protocollo d'intesa per la collaborazione nell'ambito delle attivita' del progetto "emporio market solidale", finalizzato al supporto delle attività dell'Emporio a favore delle fasce più indigenti della popolazione, con particolare riguardo alla formazione e informazione finalizzata alla promozione dei corretti stili di vita, alla conoscenza e all'uso appropriato dei servizi sanitari e, più in generale, all'empowerment dei cittadini più fragili.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata e promozione alla salute	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Obiettivo	**6.4.2.5**	**DGR 977/19 - Health Literacy (Scheda 27)**

Descrizione	Rendicontazione

Obiettivo	**6.4.2.5**	**DGR 977/19 - Health Literacy (Scheda 27)**			

L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo perché non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti ad interrompere per fare domande mentre i professionisti sanitari utilizzano termini scientifici parlano rapidamente ed interrompono il paziente. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. Diventa importante investire sulla formazione die professionisti, produrre e rivedere materiale informativo in modalità partecipata con pazienti e caregiver e favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.	Nel secondo semestre è stato pubblicato l'opuscolo "Cosa sapere e cosa fare per prevenire le cadute in casa. Utili consigli per vivere in un ambiente più sicuro e pratico". (Tutti i documenti sono reperibili e scaricabili on line sul sito aziendale all'indirizzo: https://www.ausl.pr.it/azienda/heath_literacy/default.aspx). Per quanto attiene la realizzazione di almeno un evento formativo a livello aziendale, su indicazione della Regione non si è proceduto in attesa del percorso FAD realizzato a livello regionale per tutte le Azienda (in fase di ultimazione nel mese di Novembre 2019).

Obiettivi Performance			**Riferimento Normativo**	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		
Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e care giver	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**6.4.2.6**	**DGR 977/19 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**6.4.2.6**	**DGR 977/19 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)**			

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano: - alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza; - all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali; - alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.	La partecipazione agli eventi dell'ASSR sul tema è proseguita nel secondo semestre.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione di almeno un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Area	7	IL SISTEMA AZIENDA

Sub-Area piano delle azioni	7.1	LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

Settore	7.1.1	Quadro generale

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

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Delibere di aodzione dei nuovi regolamenti organizzativi	Approvazione deliebere	Sì/No	Sì	Sì	No	No		
Delibera di integrazione servizi ICT	Approvazione deliebere	Sì/No	No	Sì	No	No		

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**			

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. Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2019: (SEGUE)	Le attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state pianificate come le scorse annualità, assumendo come documento complessivo di indirizzo e operatività l'aggiornamento del Piano 2019/2021. Il nuovo Piano, confermato inetraziendale, è stato proposto dal RPCT nei termini previsti e deliberato dalle Direzioni aziendali AUSL e AOU a fine gennaio. Tra le peculiarità da sottolineare: il documento si presenta completo di aggiornamento normativo, riconferma i sistemi in atto di Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione, contiene un ampio capitolo delle attività svolte nell'anno precedente e quindi evidenzia l'evoluzione e lo sviluppo delle attività, comprende diversi allegati che approfondiscono e analiticamente descrivono una serie di temi riportati nel Piano, gli allegati relativi alle misure di prevenzione specifiche poste a carico delle varie unità organizzative risultano ulteriormente ampliati rispetto ai precedenti Piani, confermato il regolamento per l'attuazione dell'accesso civico generalizzato. Il coordinamento dei sistemi è affidato principalmente al RPCT interaziendale, il quale, oltre ad effettuare i monitoraggi possibili, effettua funzioni anche di consulenza, nelle materie considerate, alle varie unità organizzative. La Relazione annuale ai sensi della legge n. 190/2012 è stata regolarmente elaborata e pubblicata secondo le previsioni, successivamente anche esaminata dall'OIV unico regionale.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo	**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**			

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 2) Il Responsabile è tenuto a svolgere le attività di impulso e coordinamento del sistema e dei monitoraggi, secondo le previsioni normative e le indicazioni contenute nel Piano 3) Il Responsabile è tenuto all'elaborazione della Relazione annuale prevista dalla legge n. 190/2012 e alle attività prodromiche all'attestazione dell'OIV degli adempimenti in tema di Trasparenza 4) Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento 5) Tutti gli obiettivi e le azioni previste nel Piano anticorruzione costituiscono parte integrante del presente Piano Azioni e, più in generale, del Piano Performance, a carico delle rispettive Strutture, Servizi, Uffici, dirigenti ed operatori cui sono riferiti 6) Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale 7) Tutte le articolazioni aziendali indicate nel Piano sono tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicazione secondo le competenze e le modalità previste nella tabella analitica inserita nel Piano stesso 8) Tutte le articolazioni sono tenute a trattare le eventuali istanze di accesso civico generalizzato, secondo le indicazioni del regolamento specifico contenuto in allegato nel Piano per la prevenzione della corruzione 9) Proseguimento diffusione del Codice di Comportamento approvato nel maggio 2018 da parte delle unità organizzative, e suo monitoraggio da parte dell'Ufficio di Disciplina 10) 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 11) Attivazione piattaforma informatica per segnalazioni illeciti	In tema di formazione, è stato organizzato, su impulso del RPCT, un rilevante convegno il 25 febbraio, con illustri relatori, che ha visto una grande partecipazione di operatori delle due Aziende Sanitarie di Parma; l'iniziativa è risultata apprezzata per i contenuti trattati, oltre al momento di presentazione del Piano interaziendale 2019/2021. Come da programma, e stata attivata la piattaforma informatica per la ricezione di segnalazioni da parte dei dipendenti (whistleblowing), unica interaziendale, operativa da febbraio 2019; trattate le segnalazioni pervenute, anche quelle giunte al di fuori della piattaforma. Avviato, in collaborazione con la struttura Internal Auditing interaziendale, il progetto, approvato col Piano complessivo 2019, di controlli su alcuni processi specifici (iniziato l'esame del processo di vigilanza sulle farmacie convenzionate). Proseguita l'attività di diffusione del Codice di Comportamento unico interaziendale, approvato nel maggio 2018. In tema di Trasparenza, effettuato un monitoraggio complessivo degli obblighi di pubblicazione in gennaio, adempiuto alla rilevazione ANAC/OIV in aprile che ha visto raggiungere il massimo di esito positivo, monitorato periodicamente gli accessi civici generalizzati, la cui trattazione è di competenza delle unità organizzative, garantito il supporto continuativo ai vari Servizi circa le pubblicazioni obbligatorie nella sezione web Amministrazione Trasparente. Ulteriori attività 2019 sono di seguito riportate. Monitoraggio generale sugli obblighi di pubblicazione svolta in dicembre e trasmessa alle unità organizzative interessate per promuovere gli adempimenti necessari. Effettuato il monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche (allegato 1 al Piano) mediante le relazioni delle unità organizzative e raccolte dati; le informazioni risultano utili per l'aggiornamento del Piano. Svolta l'acquisizione su piattaforma GRU delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse nell'autunno, in collaborazione col Dipartimento Risorse Umane. Gestite le segnalazioni pervenute. Partecipazione del RPCT agli incontri del tavolo regionale in materia di trasparenza e anticorruzione. Svolta la Giornata Trapsarenza 2019 il 18 novembre, in collaborazione con l'Università di Parma.

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**			

(whistleblowing)
12) Prosecuzione attività di acquisizione modulistica su conflitti di interessi mediante la piattaforma GRU da parte del Dipartimento Risorse Umane

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
documenti di monitoraggio, note varie RPCT, Relazione annuale RPCT, relazioni delle unità organizzative	EVIDENZA DOCUMENTALE	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.1.1.4**	**Miglioramento qualità inventario aziendale**			

Descrizione	Rendicontazione
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 aggioudicare nel corso del 2018.	La procedura di affidamento dell'attività di ricatalogazione non è ancora stata aggiudicata, a causa del permanere delle incertezze inerenti le nuove modalità di gestione delle attività manutentive per le tecnologie biomediche derivanti dal nuovo contratto regionale e di altre criticità rilevate in corso d'anno. Nonostante tale situzione, è proseguita la consueta attività di miglioramento del livello qualitativo del complessivo inventario aziendale.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiudicazione gara ricatalogazione tecnologie biomediche	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	No		
Evidenza anomalie indviduate e corrette	Report dedicato	Sì/No	No	Sì	No	No		

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	Rendicontazione
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.	Nel corso del 2019 sono stati apportati alcuni importanti miglioramenti gestionali dei documenti informatici; si segnalano in particolare la velocizzazione della gestione dei documenti in coda mediante automatismi sequenziali e il miglioramento della sicurezza nella gestione delle proposte dei provvedimenti amministrativi mediante specifici alert.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì		

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
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). 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.	Vedi Obiettivo 7.1.2.1 DGR 977/2019

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	DGR 919/18

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.1.1.6**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di tempestività dei pagamenti	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00				
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
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 . Garantire l'alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra RER e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.	Vedi obiettivo 7.2.1.2 DGR 977/19

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
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
Nel corso del 2018 è stato adotatto il regolamento dell'attività di Audit; nell'anno 2019 il servizio dovrà svolgere le funzioni previste dal Piano di attività adotatto dalle direzioni aziendali e pluriennale di attività. Particolare attenzione dovrà essere posta alle integrazioni con le misure di prevenzione della corruzione.	Vedi obiettivo 7.1.2.2 DGR 977/2019.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione Piano attività	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì				
Attività svolta	Report di audit	Sì/No	No	Sì				

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	Lo slittamento della tempistica di avvio disposta a livello regionale ha condizionato l'obiettivo in questione; tuttavia sono in corso le attività finalizzate a uniformare i processi aziendali alle coordinate operative del GAAC, in relazione alle quali si rinvia all'OBTV 3 della DGR 977/19.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione Piano di Avvicimanento	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	No	No		
Avvio utilizzo software dal 1 gennaio 2020	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	No	Sì	No	No		

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'ambirto delle attività di miglioramento suggerite dalla recente visita di accreditamento istituzionale	Dopo la positiva esperienza della visita di accreditamento istituzionale del mese di dicembre 2018, l'area tecnico amministrativa è chiamata a ripensare modalità e processi di lavoro. A tal fine è in corso di progettazione un evento formativo finalizzato a creare le condizioni teoriche per introdurre il Sistema Qualità e a garantirne il progressivo avvio operativo. La progettazione del percorso formativo è stata completata e l'avvio operativo si avrà nel corso del 2020.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale		DGR 1943/2017

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza attività svolta	Report dedicati	Sì/No	No	Sì	No	Sì		

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 specialisstiche 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.	Gli invii relativi all'anno 2018 sono stati formalizzati nel mese di maggio 2019, pertanto in assoluta coerenza con la tempistica programmata. Stessa tempistica si osserva a fine 2019; infatti nel mese di dicembre sono stati inviati i verbali relativi al mese di giugno 2019. L'attività è pertanto ormai a regime.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatorriale e di ricovero		DGR 377/2016

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio nota di contestazione entro 180 gg dalla mancata presentazione	Report di attività	Numero <=	240,00	180,00	180,00	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.	Vedi Obiettivo 7.1.2.6 DGR 977/19.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adozione delle nuove regole di gestione del Dossier Sanitario	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì				
Miglioramento registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE2016/679)	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	No	Sì				
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	Specifico flusso di riferimento	Sì/No	Sì	Sì				
Adozione del nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali	Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì				

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

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**			

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.	L'obiettivo è stato riproposto dalla DGR 977 soltanto in parte; in ogni caso l'azienda sta proseguendo nel percorso di affinamento delle attività aziendali, soprattutto nell'area degli acquisti. Per la funzione Audit si rimanda all'obiettivo 7.1.2.2. della DGR 977. La ricognizione dei regolamenti in essere conferma la completezza dei documenti già disponibili in azienda, con l'unica eccezione delnuovo regolamento del recupero crediti deliberato nel mese di dicembre 2019. Lo spostamento dell'avvio del GAAC disposto a livello regionale ha suggerito di rivalutare la tempistica di formalizzazione della rivisitazione delle procedure.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Delibera di adozione dei regolamenti	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	No	Sì		
Elaborazione ed adozione versione rivista delle procedure amministrativo contabili	Evidenza documentale	% >=	30,00%	100,00%	15,00%	30,00%		

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.	Sono stati effettuati test positivi per l'emissione del codice IUV e del cd. Modello 3 PagoPA per la maggior parte degli applicativi dipartimentali (Ticket SSN, Libera Professione, Pronto Soccorso, Sanità Pubblica, Sanzioni ecc.) e a causa di taluni ritardi da parte dell'intermediario i test completi sono stati effettuati soltanto nel corso del mese di dicembre; si è pertanto deciso di limitare l'avvio del nuovo sistema, avvenuto in data 7 gennaio 2020, ai soli ticket SSN, per poi estenderlo progressivamente in corso di 2020 alle restanti aree.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio operativo del sistema PagoPA	Flusso informativo di riferimento	Sì/No	No	Sì	No	Sì		

Settore	7.1.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	**7.1.2.1**	**DGR 977/19 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**			

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

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di tempestività dei pagamenti	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00	-15,00	-15,35		
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	**7.1.2.2**	**DGR 977/19 - Le buone pratiche amministrativo-contabili**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.2**	**DGR 977/19 - Le buone pratiche amministrativo-contabili**			

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

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.3**	**DGR 977/19 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.3**	**DGR 977/19 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**			

Nel 2019 proseguono le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema GAAC, al fine di garantire l'avvio dei gruppi di aziende per ste p successivi, secondo la programmazione regionale	Sono in corso in azienda le attività finalizzate a uniformare l'operatività aziendale a quella indicata dalla Regione in particolare sulla tematica dell'utilizzo degli ordini, quale corretto sistema di gestione dei processi di acquisto dei beni e dei servizi. Sono attivi in tale senso gruppi di lavoro interdisciplinari, concentrati anzitutto sulle anagrafiche dei prodotti; a tal fine sono stati individuati i referenti aziendali che governeranno le anagrafiche in accordo con i referenti a livello regionale. E' già stato allineato il Piano dei Conti aziendale a quello regionale ed è stato reso operativo nelle anagrafiche aziendal, così come sono state ricodificate le unità di miusra ed è stato introdotto in sede di anagrafica il cd. Codice REF. Con riferimento al completamento del percorso di progressiva introduzione della metodica di lavoro basata sugli ordini sulle aree oggi non ancora attivate, è stato concordato un percorso in particolare con le direzioni amministrative distrettuali, che vede il loro pieno coinvolgimento e che esiterà in una messa a regime in tempo utile per la completa attivazione del GAAC.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati - Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione e Flussi CE e SP	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.4**	**DGR 977/19 - Mobilità Internazionale**			

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2019 sono tenute a mettere in atto tutte le attività necessarie per l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per EESSI	L'azienda ha individuato i referenti del nuovo applicativo e i funzionari del vari distretti sono già operativi; sono in corso le necessarie condivisioni derivanti dalla nuova operatività. Inoltre è stato identificato il nuovo funzionario aziendale referente per la complessiva tematica dell'assistenza sanitaria agli stranieri. L'effettiva operatività è stata avviata limitatamente alle funzioni attive della piattaforma, che comprende gli scambi documentali con gli stati esteri, ma non ancora l'emissione e la ricezione delle fatture.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.1.2.4**	**DGR 977/19 - Mobilità Internazionale**			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempestività nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	20,00%	100,00%		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo	**7.1.2.5**	**DGR 977/19 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			
Seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 19717/17			La partecipazione al tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione (cui partecipano la Direzione Salute, l'OIV regionale e gli RPCT delle Aziende, è garantita dal RPCT interaziendale. Negli incontri è stata evidenziata l'analisi delle griglie di rilevazione degli obblighi di trasparenza, un esame comparativo delle Relazioni annuali degli RPCT di gennaio e sono stati illustrati gli aspetti che sarebbero poi stati inseriti nel provvedimento regionale di programmazione annuale. I temi in particolare considerati dalla DGR 977/2019 di programmazione annuale riguardano: la piena attuazione dei Codice di Comportamento approvati lo scorso anno, con la riproposizione dell'acquisizione della modulistica operativa nel sw GRU in materia di conflitti di ineteresse, l'adozione di specifico regolamento in materia di formazione sponsorizzata, possibili nuovi provvedimenti regionali in tema di decesso in ambito ospedaliero, rotazione del personale veterinario nelle funzioni di vigilanza. I due indicatori che seguono riguardano in modo specifico: l'adozione del regolamento sulla formazione sponsorizzata, che nella nostra organizzazione è in carico alla struttura Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane, e l'acquisizione delle dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse mediante la modulistica presente nel sw GRU, materia in collaborazione ma in gestione operativa del Dipartimento Risorse Umane (Aree Giuridica ed Economica). Il regolamento sulla formazione sponsorizzata risulta elaborato in bozza definitiva da un gruppo regionale specifico, cui segue l'adozione da parte della Aziende Sanitarie regionali. Su indicazione espressa regionale, le Aziende non hanno provveduto all'adozione del regolamento poichè il testo regionale non è stato approvato causa consultazioni elettorali. Le Aziende saranno tenute ad approvarlo una volta definito a livello regionale. L'acquisizione delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse tramite la piattaforma GRU è avvenuta nel periodo ottobre/dicembre. L'acquisizione delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse tramite la piattaforma GRU è avvenuta nel periodo ottobre/dicembre . Per il dato complessivo di adesione occorre tener conto che con nota regionale del 23 dicembre 2019 si sono invitate tutte le Aziende Sanitarie regionali a sospendere l'acquisizione a sistema delle dichiarazioni di patrimonio/reddito da parte dei dirigenti, in ragione dei contenziosi e delle incertezze normative. AUSL e AOU di Parma hanno immediatamente aderito, inserendo in piattaforma un comunicato di sospensione. Appare plausibile considerare l'incidenza negativa della sospensione delle acquisizioni da parte del personale dirigenziale che, seppure riguardante le sole dichiarazioni di patrimonio e reddito, può avere avuto ripercussioni sull'adesione all'intera modulistica. In conclusione, si ritiene che in assenza di sospensione della raccolta il valore avrebbe potuto essere certamente maggiore.		
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	**Riferimento Normativo**	DGR 977/19	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo	**7.1.2.5**	**DGR 977/19 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvenuta approvazione della regolazione della materia "Formazione Sponsorizzata" entro fine del 2019	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%				
% dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2019	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		68,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo	**7.1.2.6**	**DGR 977/19 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**			

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

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.4	**Area dell'Anticorruzione e della trasparenza**
Obiettivo	**7.1.2.6**	**DGR 977/19 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**			

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

Sub-Area piano delle azioni	7.2	Le strategie di integrazione in Area Vasta

Settore	7.2.1	Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse

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.	L'attività in Area Vasta è proseguita e si è concentrata nella prima parte dell'anno sul regolamento degli Agenti Contabili, esitato in un documento comune formalizzato dalle aziende in tempo utile per il riscontro periodico alla Corte dei Conti. Le direzioni amministrative hanno poi concordato l'avvio di nuovi gruppi di lavoro nella seconda metà dell'anno, coordinati da almeno un direttore amministrativo. Inoltre è stata condivisa la programmazione del dipartimento interaziendale degli acquisti, oltre che la disamina di diverse norme contenute nel nuovo contratto di lavoro del personale del comparto. Nella seconda metà dell'anno si è concordato di concludere le attività finalizzate alla messa a regime del testo finale del regolamento degli incentivi tecnici ex art. 113, oltre che di quello dei servizi ispettivi; infine è in corso di riscrittura lo schema di regolamento degli incarichi ad avvocati interni, di cui la nostra azienda ha adottato una prima versione nell'anno 2016 e che rappresenta il riferimento per il Gruppo di Lavoro. Da segnalare che il Dipartimento degli Acquisti è stato interessato da un importante mutamento organizzativo, in quanto la direttrice ha assunto il ruolo di direttore amministrativo di una azienda Usl, elemento che ha naturalmente influenzato l'attività della seconda parte dell'anno. Nel mese di novembre i direttori amministrativi hanno formalizzato la proposta per l'affidamento del nuovo incarico.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta	Verbali gruppi di lavoro, report direzione operativa AVEN	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

Sub-Area piano delle azioni	7.3	I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Settore	7.3.1	Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo

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.	"Proseguono le attività nel processo di integrazione funzionale del Dipartimento Interaziendale Programmazione, Valutazione e Controllo. Nel primo semestre sono stati fatti 5 incontri durante i quali sono stati affrontati i temi comuni e dati gli indirizzi per una omogenea redazione dei documenti relativi: - alla valutazione e rendicontazione degli obiettivi della Delibera di Programmazione Regionale n. 919/18; - alla redazione della Relazione sulla Performance 2018, - al monitoraggio degli obiettivi della Delibera di Programmazione Regionale n. 977/19 , integrati nel Piano delle Azioni 2019 con valutazione dello stato di avanzamento. Nell'ambito della funzione di integrazione è stato assicurato il supporto allo svolgimento degli audit propedeutici alla visita di accreditamento istituzionale (ex DGR 1943) in collaborazione con l'Ufficio Qualità Aziendale. Nel secondo semestre è stata fatta la valutazione congiunta dello stato di avanzamento degli obiettivi della programmazione regionale (ex DGR 977/19) e dell'andamento dei budget dei Dipartimenti sanitari".

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Incontri	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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.	La gestione degli strumenti di programmazione aziendale attraverso il software "G-Zoom" è ormai consolidata negli aspetti di struttura generale e si stanno affinando alcune potenzialità per una migliore rappresentazione delle diverse fattispecie di indicatori. Si è lavorato soprattutto all'ottimizzare ed alla integrazione nel sistema del monitoraggio delle Linee di Programmazione Regionale, collegate al processo di verifica del Piano delle Azioni, al fine di rendicontare puntualmente le attività che sono parte integrante della Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di esercizio (da predisporre entro aprile), della Relazione sulla Performance (da predisporre entro giugno), e la valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi della programmazione Regionale 2019 (DGR 977/19) da predisporre entro settembre. E' stata avviata la sperimentazione della gestione del Piano Azioni direttamente su GZoom da parte dei referenti del DAISM-DP, del Dipartimento di Sanità Pubblica e del Presidio Ospedaliero. Con l'obiettivo di passare alla completa gestione su GZoom del Piano Azioni, in occasione della verifica di fine anno è stata creata una tasck force per implementare le schede compilate dai referenti dei diversi settori.
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	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	Nel ciclo di budget si è tenuto secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, rispettando i tempi stabiliti. Gli incontri di negoziazione si sono svolti entro la prima metà di marzo ed il Master Budget, come previsto, è stato inviato all'OIV-RER entro il 31/03/18. Nelle schede di Budget 2019 è stato inserito il collegamento con la performance individuale attraverso la identificazione degli obiettivi incentivati con la specifica dello stato (dirigenza). Si sta affinando il processo per il rispetto dei tempi nella produzione della reportistica.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibera OIV 5/2017

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	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.	"Dal 2017 la funzione è diventata competenza del Dipartimento e sono iniziate le operatività. E' stato impostato un sistematico confronto sia con le strutture produttrici che con la funzione di committenza aziendale, per allineare le informazioni e migliorare, rendendolo più efficace, il sistema dei controlli. E' stata impostata una specifica reportistica per il monitoraggio ed è stato automatizzato il processo di verifica di congruità tra tracciato SDO, inviato in RER, e fatture emesse. Il Flusso Informativo Regionale per la rilevazione del fatturato delle Case di Cura (FCDC) è stato modificato nel corso dell'anno per adeguarlo alle nuove indicazioni contabili regionali. In seguito a questo cambiamento è stato introdotto anche il monitoraggio puntuale della congruenza tra fatturato e flusso SDRESS. Sono state quindi aggiornate le istruzioni operative per coloro che gestiscono i documenti contabili delle case di cura. Il flusso FCDC è stato alimentato nei tempi stabiliti. Nell'ambito del PAC è stata elaborata, e resa operativa, la specifica procedura relativa ""all'acquisto di prestazioni di ricovero ospedaliero da strutture private accreditate"". Sono proseguiti gli incontri con le aziende di Area Vasta Emilia Nord per condividere modalità di verifiche e controlli. Congiuntamente al Servizio Logistica ed alla Direzione Amministrativa è stato fatto lo studio di fattibilità per avviare la gestione ordini delle prestazioni sanitarie da privato accreditato in procedura. Nel corso dell'anno, con il supporto del servizio internal auditing, e'stato analizzato l'intero processo dal momento dell'autorizzazione al ricovero sino ai controlli contabili di fine esercizio.Sono stati individuati tutti gli attori coinvolti e i tempi necessari per lo svolgimento di ogni singola fase. E' stata individuata l'anagrafica prodotti per poter procedere dal 2020 all'emissione degli ordini contabili."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio attività	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Evidenza reportistica	Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		

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

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**			

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	E' stata garantita la partecipazione attiva agli incontri del tavolo GAAC, e la prosecuzione dell'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC promuovendo/partecipando ad incontri con le articolazioni aziendali (es. su bonifica esistente). E' stato avviato il processo di allineamento del piano dei FP aziendali al piano dei FP GAAC

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		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'obbiettivo è rendere il cruscotto lo strumento operativo volto alla valutazione degli obiettivi presenti nei mandati assegnati alla direzione aziendale.	Dopo la fase di predisposizione e test, il Cruscotto delle Case della Salute è stato ufficialmente presentato e rilasciato durante l'incontro del 14/06/19 con la Direzione Generale , Sanitaria ed Amministrativa, le Direzioni Distrettuali e dei DCP . Pienamente operativo da un punto di vista funzionale, il Cruscotto presenta tutte le implementazioni stabilite in fase di progettazione , dal punto di vista grafico, dal punto di vista della struttura del database a cui fa riferimento e soprattutto in relazione agli indicatori e ai range di valutazione, sempre restando ancorati alla logica del Piano delle Performance Aziendale (ex Delibera 532 del 26/07/2018). Il cruscotto ospita attualmente i dati di nove case della Salute, più la possibilità di esaminare dati aggregati per aree distrettuali ed aziendali. In aggiunta, sono stati messi a disposizione degli utenti il manuale delle istruzioni per l'utilizzo del cruscotto, la nota metodologica e la tabella analitica degli indicatori presenti nel cruscotto.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		DGR 2128/16

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.1.6**	**Cruscotto Case della Salute**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza cruscotto	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		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
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. 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: - Cergas Bocconi (BPCO) - Cerismas Cattolica - ASR (valutazione economica PDTA e misurazione impatto Case della Salute)	"Il progetto Regionale RISK-ER è proseguito secondo la impostazione definita nel 2018 in fase di avvio in sinergia con il Servizio Assistenza Territoriale della RER ed il Servizio RIT Aziendale (Sig. Flavia Alberici) . I report, messi a disposizione dalla RER, sono stati diffusi ai DCP (quelli di sintesi anonimi) e ai MMG (quelli individuali e nominativi) attraverso un Portale progettato ad hoc dalla suddetta Flavia Alberici, che risponde ai criteri di sicurezza nell'accessibilità. Dopo la fase iniziale, sono giunte sempre più numerose adesioni da parte di MMG che stanno operando la presa in carico dei pazienti nell'ambito degli Ambulatori Infermieristici della Cronicità nelle Case della Salute, coerentemente con lo stato di realizzazione degli stessi differentemente rappresentato nei quattro contesti distrettuali . Sono proseguite secondo il cronoprogramma le collaborazioni con Cergas Bocconi (osservatorio BPCO ormai concluso) , Cerismas Cattolica e ASSR (presentata e diffusa a livello aziendale la ricerca dell'analisi dell'impatto delle Case della Salute sul ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente adulta e la valutazione economica del PDTA del diabete). In occasione dell'Assemble annuale dei soci CERISMAS, l'Azienda USL di Parma è stata sorteggiata quale vincitrice di un free project ed è stato scelto ""Analisi dei processi per la gestione integrata del paziente anziano fragile"" . Si vuole realizzare una analisi il più possibile dettagliata e completa della attuale situazione della gestione del paziente anziano all'interno del bacino di competenza della ASL di Parma (preferibilmente nell'ambito di un distretto pilota da individuare insieme alla dirigenza aziendale) con il duplice obiettivo di (i) individuare criticità ed aree di intervento e (ii) proporre coerenti ed efficaci soluzioni di miglioramento. Il 15 ottobre si è svolto un primo incontro per definire i dettagli dell'avvio operativo del progetto."

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

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza programma di diffusione	Dip. Val. Cont	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza attività	Dip. Val. Cont	Sì/No		Sì		Sì		

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
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. 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. 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".	"Nel semestre appena concluso si è dato avvio agli eventi istruttivi programmati per soddisfare il fabbisogno formativo del Dipartimento Valutazione e Controllo in collaborazione con prestigiosi organismi. Il 12 marzo si è svolto il Seminario aziendale sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario alla luce delle novità introdotte dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e che ha visto la partecipazione del Dipartimento Valutazione e Controllo. Docenti il dott. Vito Maria Torchia, Referente Aziendale Privacy Ausl di Parma e la dott.ssa Filomena Polito, Data Protection Officer per l'Ausl di Parma. Ha preso avvio il corso "Strategia Aziendale e strumenti del controllo direzionale: un analisi critica"" tenuto dalla Prof. Sacco dell'Università Cattolica che ha visto già diversi momenti costitutivi, con un primo incontro "ristretto" per l'analisi preparatoria, quindi la prima sessione plenaria didattica, il 16 maggio, con la formazione dei gruppi di lavoro e relativa assegnazione dei temi di attività, cui sono seguiti incontri di attuazione anche con consulenti esterni. A conclusione di questa prima fase si è provveduto alla discussione con la docente dello stato dei lavori effettuati. Il giudizio espresso ha evidenziato il raggiungimento dello standard qualitativo atteso. Gli eventi formativi si sono tenuti il 16 maggio, il 26 settembre ed il 28 novembre. I 7 gruppi di lavoro istituiti hanno presentato i loro elaborati che sono entrati a far parte del piano di mIglioramento aziendale. Con la presenza in cattedra del dott. Claudio Voci (Responsabile dirigenziale per data wharehouse e business intelligence in ambito sanitario, socio sanitario e sociale regionale) e della dott.ssa Chiara Ventura (Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie Direzione Generale Cura della persona, Salute, Welfare), entrambi per la Regione Emilia Romagna, il 14 maggio si è tenuta una giornata di formazione sull'uso del Portale Regionale INSIDER, l'ambiente dinamico dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale e utile al monitoraggio e alla valutazione, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, delle performance dell'assistenza erogata. Inoltre, sono proseguite, sulla base delle occorrenze, le sedute di approfondimento didattico sui DataBase utilizzati dalle piattaforme MUSA e Targit."

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Eventi	U.O. Formazione	Sì/No		Sì		Sì		

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.	Sono proseguiti, tempestivamente, la manutenzione e l'adeguamento delle Banche Dati su cui si appoggiano i sistemi di Business Intelligence in uso presso il Dipartimento Valutazione Controllo. Per quanto concerne il CDW è stata svolta opera di implementazione della struttura della Banca Dati e dei contenuti iformativi per renderli più affini alla logica della Banche Dati Regionali SAS, eminentemente, ma non solo, per rispondere alle nuove esigenze di monitoraggio del Cruscotto 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale aggiornamento flussi correttamente realizzati	Sistema Informativo del Diparimento	% >=		100,00%		100,00%		
Utilizzo del CDW come fonte di alimentazione della reportistica	Sistema Informativo del Diparimento	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**7.3.1.10**	**Reportistica dinamica Targit**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.1.10**	**Reportistica dinamica Targit**			

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.	Nel corso del primo semestre sono stati rivisitati tutti i report dinamici contenuti in Targit, al fine di standardizzare il layout grafico di ogni report, per garantire una più corretta ed omogena visualizzazione su differenti schermi e diverse risoluzioni (computer portatili, desktop e videoproiettore per demo e riunioni). Oltre ad una sempre maggiore compatibilità con il browser Chrome, Targit risulta ora perfettamente navigabile anche attraverso il browser Firefox. Ogni aggiornamento viene regolarmente comunicato agli utilizzatori, che vengono di volta in volta formati sull'utilizzo delle nuove funzioni e dei nuovi contenuti messi a disposizione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Sviluppo, diffusione ed ottimizzazione del Cruscotto web	Targit	Sì/No		Sì		Sì		
Organizzazione corsi di formazione	Targit	Sì/No		Sì		Sì		

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		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.1.11**	**Sistema Informativo – banche dati – adempimenti**			

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. 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.	La partecipazione al Tavolo dei Sistemi Informativi Regionale (ha costituito il momento relazionale e organizzativo appropriato per avviare il presidio aziendale dei flussi informativi. Operativamente si è cominciato a riportare in Azienda, ai nodi organizzativi di pertinenza, le priorità e le necessità dei Sistemi Informativi Regionali in termini di tempestività degli invii e di correttezza di alimentazione dei flussi, come anche gli obiettivi pianificati (Gruppi di Lavoro ad hoc su Flusso ASA e AFT). Nella seconda parte dell'anno la partecipazione al Tavolo si è diventata ancora più fattiva e sono stati approfondite, riportando ai Referenti Aziendali dei Flussi e alle Funzioni interessate, le tematiche principali circa gli aspetti critici ed evolutivi dei Flussi Informativi. La banca dati dei flussi informativi di interesse aziendale è aggiornata periodicamente. A partire dal primo novembre 2019 al Dipartimento è stata assegnata una risorsa professionale che si occuperà precipuamente del presidio della qualità dei Flussi Informativi.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		Sì		
Avvio funzione di coordinamento aziendale dei flussi informativi regionali	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.1.12**	**Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI**			
Descrizione			Rendicontazione		

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**			

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. 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. 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. 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.	"Sono state realizzate tutte le reportistiche previste nel periodo gennaio – giugno 2019, laddove le fonti dei dati hanno reso disponibili, in tempo utile, le informazioni necessarie. In due casi particolari, le rendicontazioni economico finanziare dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e Salute Mentale, si è provveduto alla loro temporanea cantierizzazione al fine di riformularne radicalmente la struttura, poiché non più rispondenti alle esigenze interpretative. E' in atto uno studio di fattibilità a partire dalla valutazione di alternative progettuali e l'identificazione di nuove architetture strutturali. In generale si è provveduto all'introduzione di nuovi set valutativi, consentendo la rispondenza alla attuazione di nuove indicazioni in tema di indicatori di monitoraggio e valutazione (per es.: integrazione della DGR 1770/2016, DGR 919/2018, DGR 977/2019 …) E' stato possibile operare i necessari adeguamenti di ordine informatico tra le architetture dei report e il Sistema MUSA che li alimenta. Particolare attenzione è proseguita sulla qualità del Flusso informativo SIADI, con attività di verifiche e discussioni in specifici tavoli di lavoro, soprattutto sugli SCARTI e l'osservanza delle raccomandazioni espresse a livello regionale. Nella seconda parte dell'anno ci si è concentrati sulla replicazione, attraverso le Banche Dati Regionali, degli indicatori di maggiore interesse in ambito ADI. A causa della sopravvenuta e imprevista assenza per pensionamento della risorsa professionale adibita alla cura e alla realizzazione del report costi e attività si è sospesa momentaneamente la produzione del report,garantendo però l'alimentazione delle Banche Dati, il calcolo degli Indicatori più rilevanti e analisi e approfondimenti mirati."

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale	Atti Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	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
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 Dasboard è indirizzato prevalentemente alla Direzione Distrettuale/ DCP	"Nella prima parte dell'anno sono stati selezionati indicatori (di esito e di processo), inerenti i Servizi Assistenziali dei Dipartimenti di Cure Primarie. Inoltre, al fine di ottimizzare l'esecuzione di calcolo con modalità "automatizzata" e permettere la condivisibilità con tutti i componenti il Servizio, si sé ritenuto utile istituire un apposito Sistema SoftWare contenente gli algoritmi dei vari indicatori e le relative elaborazioni. Pur avendo intrapreso la fase di analisi, non sarà possibile il completamento dell'obiettivo entro l'anno 2019 a causa della sopravvenuta e imprevista assenza per pensionamento della risorsa professionale adibita alla cura e alla realizzazione dei report costi e attività da cui attingere le informazioni di natura strettamente economica. L'obiettivo verrà riproposto per l'anno 2020."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione del Dashboard DCP	Dip. Val. Cont.	Sì/No		Sì		No		

Settore	7.3.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
In coerenza con il quadro regolatorio e relazionale definito nell'ambito degli Accordi Quadro – valevoli per il triennio 2016-2018 - fra la Regione Emilia-Romagna e le strutture private accreditate aderenti AIOP (DGR 2329/16), Hesperia Hospital (DGR 4/17) ed i Centri Riabilitativi Privati ex art. 26 (DGR 5/17), si prevede di regolamentare nel corso dell'anno 2019 il sistema dei rapporti con gli ospedali privati accreditati definendo nuovi Accordi Quadro che, alla stregua dei precedenti, riguarderanno congiuntamente l'attività di Alta, Non alta specialità e Psichiatria. Proseguiranno altresì le Commissioni Paritetiche preposte al monitoraggio degli accordi quadro regionali. Gli Accordi regionali hanno natura di contratto normativo e costituiscono il quadro di riferimento per la definizione da parte delle Aziende USL degli accordi a livello locale con le strutture private accreditate. Le Aziende USL dovranno pertanto nel 2019 allinearsi ai contenuti dei redigendi accordi regionali e garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 977/19 - La regolazione dei rapporti con i produttori privati			

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

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

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.3.2.2	DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	**7.3.2.2**	**DGR 977/19 - Sistema Informativo - DB oncologico**			

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

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% linkage flusso SDO e flusso DBO	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		0,00%		
% linkage flusso ASA e flusso DBO	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		79,44%		
Riduzione della codifica "non noto": Tutti i tumori: istotipo	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		24,31%		
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: estrogeni	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		10,00%		
Riduzione della codifica "non noto":Tutti i tumori stadio	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		15,28%		

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

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

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

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: progesterone	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%		10,00%		
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: Ki67	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		10,00%		
Riduzione della codifica "non noto": Tumore alla mammella: HER2-ich	specifico flusso di riferimento	% <=		30,00%		15,00%		
Riduzione della codifica "non noto":Tumore alla mammella: HER2-ish	specifico flusso di riferimento	% <=		40,00%		25,00%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.2.4**	**DGR 977/19 - Sistema Informativo DB clinici - PS**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.2.4**	**DGR 977/19 - Sistema Informativo DB clinici - PS**			

Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contributo al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).	La partecipazione al "Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). I DB Clinici (RERAI: Data Base clinico Regionale di Aritmologia Interventistica, RERIC: Data Base clinico Regionale degli interventi di Cardiochirurgia, REAL: Data Base clinico Regionale delle Angioplastiche Coronariche) monstrano un grado di linkage con il fluso SDO piuttosto basso ed una certa variabilità dei dati periodici; il focus deve rivolgersi nella consapevolezza che l'indicatore è estremeamete sfidante rispetto ai dati storici, andranno messe in campo le azioni di sensibilizzazione con i Referenti Clinici dei Gestionali. Relativamente agli scarti e alle segnalzioni delle schede PS l'AUSL di Parma parte da una buona situazione, prestando particolare attenzione agli scarti e alle segnalzioni con i codici riportati (P210, P356, P211).

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Linkage flusso SDO con congruenza all'intervento	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		
% accessi in PS con tempo di permanenza compreso tra 1 e 7 giorni	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		0,27%		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.2.5**	**DGR 977/19 - Sistema Informativo - SDO -Flusso HIV -DSA**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.3.2.5**	**DGR 977/19 - Sistema Informativo - SDO -Flusso HIV -DSA**			

Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contributo al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).Codice procedura 00.66. Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione Flusso HIV - DSA	"La partecipazione al ""Tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e sociali" (Det. Num. 15109 del 20/09/2018 del Direttore della Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare) ha permesso di addentrarsi negli aspetti tecnici e procedurali riguardanti la qualità e la completezza dei flussi informativi, cogliendo le esigenze sempre più stringenti di congruenza nelle codifiche anche tra flussi differenti (ma tra loro interrelati). Gli indicatori che riguardano il flusso SDO sono già all'attenzione dei Referenti Aziendali, per quanto concerne il flusso HIV si ricorda come l'AUSL di Parma non abbia una organizzzione della rete di cure per gli assistiti con HIV tale da ricadere nelle fattispecie previste dal flusso e pertanto l'indicatore riportato non è di pertinenza. Infine, relativamente al nuovo flusso DSA verranno recepite e diffuse con celerità le indicazioni per l'avvio del flusso, restando in attesa dell'aggiornamento dei dati forniti dalla regione.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
codifica codice di reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
Ricoveri programmati con data di prenotazione=data di ammissione (segnalazione0159 campo B018)	specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		1,08%		
Trasmissione del flusso nei tempi programmati Flusso HIV	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%				
DSA Trasmissione del flusso nei tempi programmati	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%				

Sub-Area piano delle azioni	7.4	LA FORMAZIONE

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.			Il giorno 08/05/2019 è stata svolta la visita per la verifica del possesso dei requisiti previsti per la funzione di Provider di formazione ECM a integrazione della visita svoltasi nel nel mese di Dicembre 2018. Il verbale della Commissione regionale, datato 14/06/2019, ha sostanzialmente confermato l'autovalutazione espressa dalla Struttura allegata alla domanda di accreditamento aziendale a riscontro di un sistema di qualità tale da garantire il governo integrato delle attività e dei processi nell'ottica del miglioramento continuo. In preparazione della visita del 08/05 sono state revisionate diverse procedure e istruzioni operative nonchè emesse numerose evidenze. In particolare: - Defizione Piano delle Attività della struttura - Piano di Verifica della struttura - Revisione Manuale di accreditamento e allegati -Revisione carta dei servizi - Revisione: a) procedura gestione evento,b)procedura Costruzione rapporto attività formative (PAF);c) istruzione operativa imprevisti tecnologici; - Redazione istruzione operativa verifica dei risultati		
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	

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.4.1.1**	**Accreditamento Provider ECM**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Verbale Commissione Regionale	Protocollo Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
N. evidenze emesse	Sistema Informativo	Numero >=	3,00	3,00	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
Nel corso del 2019 è prevista la realizzazione dei seguenti progetti di miglioramento nel sistema informativo a supporto delle attività del Provider: - 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.	Nel corso del primo semestre si sono conclusi i seguenti progetti di miglioramento: sviluppo di un calendario unico e visibile dell'offerta formativa visibile al personale di entrambe le aziende sanitarie al seguente link: https://teamup.com/ks2ccgky1dgiofjyja sviluppo di un modulo per la gestione informatizzata dell'abo docenti visibile al seguente link: https://www.elearning.foraven.it/mod/data/view.php?d=123 Nel secondo semestre è stato sviluppato e attivato il modulo per il pagamento automatico delle docenze interne su WHR Time. Realizzate 3 gg formative per i referenti della formaazione abilitati all'utilizzo di GRU Modulo Formazione nell'ambito dello sviluppo del Sitema Informativo: 17/10, 22/10 e 03/12

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. progetti realizzati/N. progetti programmati*100	Sistema Informativo	% >=	50,00%	100,00%	67,00%	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
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. Nel corso del 2019 si prevede la programmazione di almeno 2 giornate.	Nel primo semestre del 2019 alcuni operatori della SC Formazione hanno partecipato a n. 2 incontri della Community of practice per esperti di formazione e sviluppo organizzativo, alla quale aderisce da vari anni, presso il Cerismas di Milano; tali incontri hanno riguardato la valutazione dell'efficacia della formazione in termini non solo di learning outcome ma anche di ricadute professionali ed impatto organizzativo, e le metodologie formative innovative. Nel corso del secondo semestre gli operatori della SC Formazione hanno partacipato agli altri 2 incontri previsti nell'ambito della Community del Cerismas. Sono stati inoltre realizzati due incontri con i referenti dipartimentali della formazione.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. giornate formative realizzate/N.giornate formative programmate	Sistema Informativo Formazione	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	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	Nel corso del primo semestre: è stato attivata la modalità di accesso Shibboleth per i dipendenti di AOU è stato sviluppato e rilasciato il corso elearning "Procedure ed Istruzioni operative in Immunologia e Medicina Trasfusionale" è stata avviata la progettazione del corso sul Phishing in collaborazione con il Sistema Informativo Aziendale e del corso dedicato all'accoglienza del Neoassunto in Sala Operatoria in collaborazione con la Direzione Assistenziale dell'AOU di Parma. Nel corso del secondo semestre è stato attivato il corso sul Phishing; è stata avviata avviata la fase di verifica per l'eventuale importazione , sulla piattaforma www.elearning.foraven.it "TUTELA DELLA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO - ED.2019" prodotto dall'Ausl di Reggio Emilia e attualmente attivo sulla piattaforma SELF.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. percorsi formativi e-learning realizzati/ N. percorsi formativi e-learning programmati	Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	100,00%	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	Il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017. Durante il secondo semestre del 2018 è stata stilata una relazione sul funzionamento della Rete dei Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, agli atti presso la sede della SC Formazione e Sviluppo RisorseUmane. Il terzo indicatore non è applicabile in quanto l'AUSL di Parma non è sede di attività seminariale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di sintesi sulle azioni intraprese	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Relazione sul funzionamento della rete	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	No		

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

Obiettivo	**7.4.1.6**	**DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**

Descrizione	Rendicontazione
Orientare l'attività formativa verso lo sviluppo di competenze professionali	1. Del percorso formativo " Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie" è stata valutata la trasferibilità dei contenuti e dei temi affrontati attraverso appositi questionari somministrati all'inzio e a sei mesi dal termine del percorso. 2. Del percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Dsitretto Sud Est: valori, metodi e tecniche" è prevista la misurazione del trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo e la misurazione dell'efficacia delle azioni nel secondo semestre (al termine del percorso formativo previsto per il 23/11/2019) 3. Del percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna" si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni nel secondo semestre. 4. Del percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispotivi Medici si prevede la misurazione del trasferiremento degli apprendimenti al contesto lavorativo nel secondo semestre. 5. Nel percorso formativo "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate" è stata compresa una valutazione sull'effettiva applicazione della reingegnerizzazione dei processi amministrativi esitata dal percorso di apprendimento. Nel secondo semestre sono state realizzate le seguenti attività, a completamento di quelle già definite nel primo semestre: 2. Del percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Dsitretto Sud Est: valori, metodi e tecniche" è prevista la misurazione del trasferimento degli apprendimenti nel primo semsetre 2020, essendo il corso terminato il 14/12/2019, mentre la misurazione dell'efficacia delle azioni sarà effettuata, nel primo semestre 2020, sulla base del progetto di milgioramento presentato dal gruppo di lavoro in data 14/12/2019. 3. Del percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna" si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni nel corso del primo semestre 2020, essendo il corso terminato il 31/12/2019. 4. Del percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispotivi Medici si prevede la misurazione del trasferiremento degli apprendimenti al contesto lavorativo nel primo semestre 2020, essendo il corso terminato il 31/12/2019.

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

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00	1,00	4,00		
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	1,00	3,00		

Settore	7.4.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche dovranno proseguire le attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale facilitando il loro inserimento nei diversi setting e unità operative, nonché individuare la rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche.	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica
Obiettivo	**7.4.2.1**	**DGR 977/19 - Formazione specifica in medicina generale**			

Descrizione	Rendicontazione
Favorire la realizzazione di percorsi formativi dei medici iscritti al coso di formazione specifica in medicina generale, individuare la rete dei tutor.	Il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017.Durante il secondo semestre del 2018 è stata stilata una relazione sul funzionamento della Rete dei Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, agli atti presso la sede della SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di sintesi sulle azioni intraprese	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Relazione sul funzionamento della rete	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica
Obiettivo	**7.4.2.2**	**DGR 977/19 -La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	3	**Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo**	Area Performance	3.1	**Area della ricerca e della didattica**

Obiettivo	**7.4.2.2**	**DGR 977/19 -La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**

I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi. Gli obiettivi per il 2019 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione	Nel corso del 2019 si intendono valutare i seguenti percorsi formativi: 1. "Potenziamento delle attività di supervisione quale strumento integrante del processo di governo clinico del Dipartimento di Sanità Pubblica" per quanto riguarda l'efficacia delle azioni e degli apprendimenti; 2. "Supporto all'Introduzione del nuovo sistema aziendale di valutazione del personale" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti"; 3. "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture resindenziali socio sanitarie - edizione 2019" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti 4. "Definizione del profilo di competenze del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche"e per quanto riguarda l'efficacia delle azioni; 5. "Strategie Aziendali e Strumenti del Controllo Direzionale: un'analisi critica" per quanto riguarda l'efficacia degli apprendimenti e l'efficacia delle azioni.

Obiettivi Performance			**Riferimento Normativo**	DGR 977/19 (5)

Indicatore	**Fonte del dato per l'indicatore**	**Udm / Confr.**	**Valore atteso intermedio**	**Valore atteso finale**	**Valore ragg. intermedio**	**Valore ragg. finale**	**Perf. inter**	**Perf. finale**
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00		3,00		

Sub-Area piano delle azioni	7.5	La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

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

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 piattafome 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	Rendicontazione
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.	Sono state realizzate tutte le campagne previste, come richiesto dalla Regione e/o dalla Direzione aziendale e/o dalle Direzioni di macro-articolazioni. La quasi totalità delle campagne viene realizzata in modo integrato sui spazi e canali della comunicazione aziendale attualmente operativi. Tra questi vi sono anche gli spazi sui media locali che ogni anno consistono nella realizzazione di 28 programmi televisivi di varia durata, 12 spot su una tv locale, 18 spot radio. A questi si aggiungono gli spazi pubbliredazionali ogni 2 settimane sul quotidiano locale e su un periodico, oltre a una trasmissione radiofonica settimanale sulla più seguita radio locale.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne totali di comunicazione esterna realizzate	evidenze doc.li	Numero >=	10,00	20,00	11,00	24,00		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**7.5.1.2**	**Materiale informativo**			

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.	Lo strumento informativo cartaceo resta un punto di riferimento attendibile e istituzionale, particolarmente utile per alcune fasce di utenti. E' proseguita la grande attenzione alle quantità stampate, per evitare sprechi economici, e al tipo di materiale utilizzato, con certificazione FSC, per la sostenibilità ambientale. La realizzazione di questi prodotti è proseguita superando del 100% gli obiettivi assegnati.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	25,00	60,00	57,00	105,00		

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.3	**Area degli Esisti**
Obiettivo	**7.5.1.3**	**Eventi comunicativi aziendali**			

Descrizione	Rendicontazione
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.	Si è deciso di considerare, ai fini di questo obiettivo, anche le principali inaugurazioni di strutture aziendali realizzate nel corso dell'anno, vista la loro rilevanza pubblica dovuta anche alla partecipazione di stakeholder e autorità regionali.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero eventi organizzati	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	1,00	2,00	0,00	6,00		

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	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**			

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.	E' stata avviata la progettazione del nuovo sito, per il quale l'affidamento esecutivo esterno è slittato al 2020. Il percorso di aggregazione dei siti esterni verso quello aziendale si è interrotto: proseguita nell'ambito del nuovo sito internet. Non sono state attivate altre pagine o profili aziendali su altri social media oltre Facebook ma è stato avviato un miglioramento della presenza sulla prima piattaforma social dove l'Azienda ha debuttato: You tube. Supera di molto gli obiettivi il volume delle notizie pubblicate sui portali aziendali e regionale frutto di competenza e costante impegno della referente (supportata non a tempo pieno) da risorsa aggiuntiva.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Notizie pubblicate sito Internet aziendale	evidenze online	Numero >=	130,00	280,00	154,00	354,00		
Notizie pubblicate sul portale regionale ER Salute	evidenze on line	Numero >=	30,00	70,00	105,00	225,00		
Visitatori unici del sito Internet aziendale	Google analytics	Numero >=	400.000,00	450.000,00	378.347,00	622.000,00		
Numero di followers pagina FB	evidenza on line su FB	Numero >=	9.000,00	10.000,00	8.859,00	9.600,00		

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	Rendicontazione
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.	Sono stati realizzati nei tempi e modalità previste i programmi annuali di attività dei due Coordinamento aziendali in capo all'Ufficio: URP e CCM. Nell'ambito di quest'ultimo è stato progettato l'intervento di miglioramento del centralino aziendale, dando luogo a uno specifico progetto assegnato all'ufficio dalla Direzione aziendale. E' terminata la collaborazione con l'ASSR per il progetto regionale "Urp che vorrei", esitato in un documento al vaglio della DG regionale.Un grande lavoro ha occupato la referente risposte interrogazioni.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Risposte servizio on line "scrivici"	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	250,00	400,00	198,00	398,00		
Riunioni coordinamento aziendale URP	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	4,00	2,00	4,00		
Numero contenuto chiamate II° liv. del Num. Ver. regionale	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero <=	120,00	220,00	30,00	57,00		
Riunioni coordinamento aziendale CCM	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	3,00	1,00	2,00		
Numero note riscontri interrogazioni	evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	15,00	25,00	25,00	62,00		

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.			Sono stati tutti ampiamente raggiunti gli obiettivi, grazie alla professionalità e capacità organizzativa della referente incaricata cui si è aggiunto il supporto da metà semestre (per due giorni/settimana) di una risorsa aggiuntiva utilizzabile al 50%.		
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	**7.5.1.6**	**Rapporti con i media**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Comunicati e conferenze stampa	evidenze online	Numero >=	80,00	120,00	97,00	178,00		
Organizzazione interviste e contatti giornalisti-Azienda	evidenze doc.li	Numero >=	45,00	70,00	44,00	97,00		
Maggiore diffusione rassegna stampa quotidiana via e-mail	evidenze doc.li	Sì/No	Sì	Sì	No	No		

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	SI VEDA RENDICONTAZIONE IN SUB AREA 6.4

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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 piattafforme 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.	Durante l'anno sono state realizzate due campagne informative istituzionali rivolte al personale. Tra queste, in particolare quella sulla vaccinazione antinfluenzale, è stata "premiata" dal secondo tasso di copertura vaccinale degli operatori delle Aziende sanitarie regionali.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Campagne realizzate	evidenze online	Numero >=	2,00	4,00	0,00	2,00		

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 delll'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.	Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti, in modo più che soddisfacente. Non è stato possibile confermare l'indicatore sul numero di dipendenti che seguono le pagine social, in quanto indicatore non definibile con attendibilità.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Notizie pubblicate sulla Intranet	evidenze online	Numero >=	60,00	100,00	85,00	80,00		
Prodotti informativi su vari supporti (carta, video, ecc)	evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	Numero >=	10,00	20,00	16,00	39,00		
Numero dipendenti che seguono le pagine social aziendali	evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	% >=	8,00%	10,00%	8,00%	0,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.6	Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

Settore	7.6.1	Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Le direttrici sulle quali l'Azienda vuole impostare le azioni relative al personale sono principalmente quelle indicate come prioritarie dalle Linee di programmazione RER, determinate in gran parte dal quadro normativo nazionale, dalla contingenza economica e dall'impatto delle recenti manovre finanziarie. La 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 : a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale b) Applicazione degli accordi siglati traREgione Emilia-Romagna e le OO:SS: confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario c) Riduzione del precariato attraverso processi di stabilizzazione degli organici d) Razionalizzazione e riprogettazione dell'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo	

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.	Nel corso del primo semestre 2019 si sono tenuti 3 incontri con i fornitori procedura GRU per il completamento della transizione alla nuova procedura di gestione presenze e trattamento economico. Sono stati trasferiti gli archivi storici delle presenze relativamente ai giustificativi di presenza/assenza. Ancora devono essere trasferite le timbrature di presenza in servizio. Per quanto riguarda gli archivi storici del modulo stipendi, sono stati trasferiti i valori numerici, che tuttavia necessitano di una ricodifica dei relativi codici voci. Il portale per i concorsi come da programma è stato attivato ed utilizzato per la ricezione delle domande dei candidati che hanno chiesto l'inserimento nelle graduatorie a tempo determinato anno 2019 di Continuità assistenziale, Assistenza Primaria, Emergenza Territoriale, Medicina dei servizi. Nel secondo semestre 2019 il portale di gestione informatizzata delle graduatorie medici convenzionati è stato implementato con le integrazioni necessarie alla stesura delle graduatorie relative al personale medico Pediatra di Libera Scelta (precedentemente non gestite). Il Portale è stato inoltre aggiornato con le modifiche introdotte dalla normativa contrattuale sopravvenuta nell'anno 2018 applicabile alle graduatorie con decorrenza anno 2020. Quanto alla piena transizione alla procedura GRU di gestione economica e delle presenze personale convenzionato deve essere completato il trasferimento degli archivi relativi alle timbrature presenze anni 2017 e precedenti e la decodifica degli archivi relativi a parte delle voci economiche anni 2016 e precedenti ad opera del fornitore.

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.**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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	Sì/No		Sì		Sì		
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	Sì/No		Sì		Sì		

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			Rendicontazione		

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**			

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 predispone 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.	L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione ha riconfermato per l'anno 2019, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia, il proprio format e fornito con nota 61675 del 23/09/2019 indicazioni di dettaglio analoghe a quelle dell'anno 2018 . In relazione ad esse è stato predisposto il relativo PTFP 2019, approvato dalla RER con nota PG/2019/757049 del 11/10/2019, e successivamente adottato con delibera n. 804 del 30/10/2019. Si è altresì proceduto all' inserimento nella procedura SICO del Ministero. Le assunzioni effettuate nel corso dell'anno, anche prima dell'approvazione del piano succitato, hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Le medesime sono risultate coerenti con il piano successivamente approvato. Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato, fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica. Con riferimento ai protocolli regionali sulle stabilizzazioni è in corso di predisposizione atto relativo all'avvio delle procedure ex art. 20, comma 2, del D.lgs 75/2017 realtivamente a profili della Dirigenza sanitaria. L'Azienda, già a far tempo dal 2018 ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo ai concorsi per infermiere/fisioterapista/ostetrica banditi da altre Aziende e già conclusi nonchè nel 2019 a quelli di assistente amm.vo, coll.re amm.vo area giuridica, programmatore, coll. tec. informatico e logopedista. L'Azienda USL di Parma nel corso del 2019 ha, invece, assunto la responsabilità di capofila per le procedure di tecnico di radiologia, tecnico della prevenzione, tecnico della riabilitazione psichiatrica e coll. amm.vo - area econonomico-finanziaria. Le procedure di competenza sono in corso di espletamento.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione piano dei fabbisogni	Evidenza documentale presso il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì		
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	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
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	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	Evidenza documentale dei bandi di concorso	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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

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**			
Trattasi di obiettivo strategico finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nel cosolidamento delle varie funzionalità per la gestione delle risorse umane ed in particolare degli applicativi master presenze , giuridico,economico, formazione e della relativa reportistica , nonchè avvio degli applicativi master previdenza,concorsi e valutazione			A far tempo da gennaio 2018 è stata attivata il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale). Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione "sul campo" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. Tale impegno è stato particolarmente intenso in relazione agli adeguamenti derivanti dagli accordi aziendali sottoscritti e alla necessità di perseguire un obiettivo di omogeneizzazione di comportamenti in un'ottica di miglioramento dell'efficacia di tutti i processi. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi RIT e SIA ospedaliero, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura aziendale. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria, anche se residuano alcune criticità rispetto al modulo economico gestione personale universitari dovuto alla specificità dell'applicazione nelle singole aziende aderenti. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la formazione, ma il rilascio del modulo, inizialmente previsto per l'autunno è stato ulteriormente ritardato ai primi mesi del 2020 per la necessità di ulteriori sviluppi del software richiesti dalle Aziende di Area Vasta. Attraverso il portale del dipendente è proseguita nel 2019 l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto interesse del personale comprese le dichiarazioni patrimoniali e reddituali per i dirigenti. Non è ancora stato attivata la funzionalità Turni. Non risulta ancora disponibile a livello regionale il modulo Business Intelligence quale cruscotto a disposizione delle direzioni strategiche con statistiche con costi e andamento gestione/assenze personale. Sono stati nel frattempo messi a disposizione del Controllo di gestione i flussi dedicati per alimentazione della contabilità analitica e quelli relativi FTE, ore lavorate e assenze nonchè le elaborazioni utili in relazione alle specifiche richieste di volta in volta avanzate dalla Direzione aziendale.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consolidamento della procedura GRU per applicativi presenze, giuridico,economico e formazione	Evidenza dalla procedura informatica	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Sviluppo della nuova reportistica relativa alla gestione delle risorse umane	Evidenza dalla procedura informatica	Sì/No		Sì	No	Sì		
Avvio della procedura GRU per applicativi previdenza, concorsi e valutazione	Evidenza dalla procedura informatica	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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	Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Obiettivi Performance	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle previsioni di bilancio	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

L'Azienda è impegnata
a:
a) Razionalizzare e riprogettare l'organizzazione aziendale sia in ambito sanitario che amministrativo
b) Attuare politiche di Integrazione tra aziende della Provincia di Parma e a livello di AVEN
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.

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

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**

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.	Per dare operatività al Piano di avvicinamento è stato istituito un Tavolo di lavoro interaziendale e multiprofessionale con nota del 8/1/2019 a firma congiunta dei due Direttori Amministrativi (prot. AUSL 1216 - prot. AOU 906). Il gruppo interaziendale ha elaborato (al 30 aprile 2019 - trasmessa alle Direzioni Aziendali con nota del 6/5/2019 prot. AUSL 29460) una proposta di definizione/revisione di criteri, modalità operative e strumenti per la valutazione annuale di risultato e per la valutazione individuale delle competenze secondo le linee previste nella delibera 5/2017 OIV-SSR, nelle priorità stabilite dall'OIV-SSR e nel Piano interaziendale stesso. Con riferimento alla performance organizzativa, le Aziende hanno separatamente siglato con le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto un Accordo in ordine al sistema di incentivazione del personale che prevede per l'esercizio 2019 la valutazione individuale di risultato utilizzando la scheda del Contributo individuale. Per il personale del Comparto Sanità, a partire dall'esercizio 2019, la produttività collettiva è stata disposta per quote di incentivazione, che rappresentano stati di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi aziendali, connessi al Piano delle Performance e agli strumenti di programmazione aziendale. La produttività viene erogata sulla base di verifiche mensili, a seguito delle relazioni predisposte dai Responsabili Aziendali degli Obiettivi di Performance organizzativa, nonché sulla base dei dati forniti dal Dipartimento di Valutazione e Controllo. In entrambe le Aziende, per la Dirigenza la produttività collettiva viene erogata solo a saldo in esito alla valutazione del processo di budget e del Piano Azioni. E' stata inoltre presentata alle OO.SS. della Dirigenza e del Comparto la scheda per la valutazione individuale delle competenze trasversali, esito del lavoro del Tavolo interaziendale sottoposto a un test che ha coinvolto oltre un centinaio di professionisti di entrambe le Aziende. La valutazione delle competenze verrà resa operativa con riferimento all'anno 2019. In data 28/06/2019 (prot. unico di invio AOU n. 27192 - per conto anche di AUSL) è stata trasmessa all'OIV-SSR la rendicontazione del Piano inter-aziendale di avvicinamento al 30 giugno 2019 - per entrambe le Aziende. Sarà trasmesso entro la scadenza prevista (15/1/2020) la relativa rendicontazione al 31/12/2019."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attivazione del Piano = operatività gruppi di lavoro per le azioni prioritariamente previste dal Piano	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì			
Implementazione delle priorità di valutazione previste dall'OIV	Evidenza documentale in atti al Servizio Risorse Umane	Sì/No		Sì	Sì			

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
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.	Il Dipartimento Risorse Umane ha fornito il richiesto supporto alla Direzione Aziendale al fine di dar corso ai diversi progetti di integrazione a livello sovraziendale relativamente alla funzioni sanitarie. Le integrazioni hanno riguardato l'istituzione di due Unità Operative Complesse interaziendali afferenti al Dipartimento Medico e della Diagnostica dell'Azienda USL "Nutrizione artificiale/Nutrizione artificiale domiciliare ", " Cure palliative"

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Accompagnamento dei processi avviati	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

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 ambualtoriale, con particolare riferimento alla istituzione delle AFT e al loro funzionamento.	Nel primo semestre 2019 si sono svolti 3 incontri con le OO.SS. al fine della stesura di una bozza del documento istitutivo delle AFT e del relativo regolamento. Ad oggi è stata scritta la bozza definitiva da sottoporre alla controparte sindacale e da approvare con atto deliberativo nel secondo semestre 2019. Nel secondo semestre il gruppo di lavoro ha proceduto alla stesura definitiva del documento di istituzione delle AFT . L'SSD personale convenzionato ha redatto l'atto deliberativo di istituzione delle AFT e di approvazione del regolamento di Funzionamento - successivamente adottato. Deliberazione 648 del 28 agosto 2019. Quanto alla individuazione e nomina dei Responsaibli AFT e di Branca si prevede la loro individuazione e nomina nel primo semestre 2020 .

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

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**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Redazione del documento di individuazione e istituzione delle AFT e del regolamento di funzionamento.	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		
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	Sì/No		Sì		Sì		
Individuazione e nomina dei Responsabili di AFT e dei Responsabili di Branca - Individuazione dei raggruppamenti omogeneei di Branca.	evidenza documentale	Sì/No		Sì		No		
Redazione degli atti deliberativi di istituzione delle AFT e di approvazione del Regolamento di Funzionamento.	evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		

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

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**			

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.	"Le direzioni delle S.C. che fanno parte del Dipartimento hanno continuato a partecipare attivamente alle riunioni convocate presso la Regione al fine di definire criteri omogenei di interpretazione normativa e contrattuale. E' stato anche assicurata la presenza di referente aziendale sul tavolo di coordinamento GRU. Inoltre, in relazione alla prevista sottoscrizione entro fine anno del nuovo CCNL Dirigenza medica e sanitaria, è stato costituito a livello regionale apposito tavolo di lavoro, cui partecipano due referenti per l'Azienda USL e per l'Azienda Ospedaliera. La partecipazione alle attività del Tavolo Regionale ""Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie"", in tema di PS e emergena territoriale non è di competenza dell'Area Risorse Umane."

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei in ambito di politiche del personale. Per quanto riguarda la contrattazione integrativa proseguire nelle linee generali di indirizzo regionali.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "AreaUrgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di PS e emergenza territoriale	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

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
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	E' stata avviata la sessione negoziale dedicata e presentata alle oo.ss. bozza di contratto integrativo aziendale che teneva conto delle specifiche direttive regionali in materia.. In esito a tale confronto si è proceduto alla sottoscrizione della ipotesi di CCIA che è stato di seguito sottoposto al controllo del Collegio Sindacale con esito positivo. La sottoscrizione definitiva è prevista per il 10/12/2019.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione di un contratto collettivo integrativo	evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Settore	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**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

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.
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.
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.
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.

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**7.6.3.1**	**Medicina di genere**			

Descrizione	Rendicontazione
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.	È stata realizzata la settima edizione del Convegno in tema di Medicina delle Differenze in data 07/03/19, dal titolo "Passato,presente e futuro della sanità al femminile"; come di consueto, l'evento è stato organizzato congiuntamente con il CUG dell'Azienda ospedaliero - Universitaria cittadina e si é svolto presso l'Aula Congressi dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria. É stato istituito il gruppo di lavoro interistituzionale per l'approfondimento delle tematiche afferenti alla medicina di genere, come richiesto con nota prot. n. 260522/2018 del 19/12/18 dall'Assessora alle Pari Opportunità del Comune di Parma. Il gruppo di lavoro si é riunito nelle seguenti date: 06/02/19, 15/03/19, 05/04/19, 09/05/19, 03/06/19; 02/09/19; 14/10/19; 27/11/19; 03/12/19.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
incontri Gruppo di lavoro	Firme presenza	Numero >=		3,00		9,00		
realizzazione convegno	ATTI UFFICIO COMUNICAZIONE	Sì/No	Sì		Sì	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.	I contenuti del codice etico sono stati trattati anche all'interno delle riunioni plenarie del CUG che si sono svolte in data 15/04/19 e 23/09/19; le altre iniziative relative alla diffusione del Codice Etico sono state organizzate nel corso del secondo semestre presso: Dipartimento di Cure Primarie - Distretto di Parma in data 16/10/19; Dipartimento di Sanità Pubbica in data 24/10/19 e 14/11/19 presso due Unità Operative.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo
1.2.2	Integrazione socio sanitaria	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. incontri partecipati/n. incontri organizzati	firme presenza despositate presso DASS	% >=	50,00%	95,00%	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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con articolazioni aziendali	Firme presenza	Numero >=		3,00		3,00		
Deliberazione aziendale	Deliberazione	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	**7.6.3.4**	**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.			Il Piano triennale per le Azioni Positive è stato approvato dalla Direzione Generale con nota del 22/08/18 ed è stato oggetto di presentazione e condivisione all'interno delle riunioni plenarie del CUG. Nel corso della riunione del 15/04/19 e del 23/09/19 sono state esaminate le azioni positive intraprese: 1) partecipazione al gruppo di lavoro in tema di Medicina di Genere del Comune di Parma;2) partecipazione al Corso di Formazione "Sradicare la violenza, coltivare il rispetto"; 3) partecipazione del CUG al "Board interaziendale per gestire le politiche aziendali orientate all'Equità"; 4) partecipazione del CUG alle attività di formazione dei Medici Competenti in tema di Promozione della salute e di corretti stili di vita negli operatori e nei luoghi di lavoro (ex PRP 2015/2019); 5) partecipazione del CUG ai laboratori regionali organizzati a partire dal mese di ottobre 2019 in materia di equità e medicina di genere.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Deliberazione aziendale	atti direzione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	7.6.4	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.	

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.6.4.1**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**			

In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ...(vedi testo DGR 977/19 Allegato B pag.56 di 72)	"L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica. La Regione ha riconfermato per l'anno 2019 il proprio format e fornito con nota 61675 del 23/09/2019 indicazioni di dettaglio analoghe a quelle dell'anno 2018 . In relazione ad esse è stato predisposto il relativo PTFP 2019, approvato dalla RER con nota PG/2019/757049 del 11/10/2019, e successivamente adottato con delibera n. 804 del 30/10/2019. Si è altresì proceduto all' inserimento nella procedura SICO del Ministero. Le assunzioni effettuate nel corso dell'anno, anche prima dell'approvazione del piano succitato, hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Le medesime sono risultate coerenti con il piano successivamente approvato. Con riferimento ai protocolli regionali sulle stabilizzazioni è in corso di predisposizione atto relativo all'avvio delle procedure ex art. 20, comma 2, del D.lgs 75/2017 relativamente a profili della Dirigenza sanitaria. L'Azienda, già a far tempo dal 2018, ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo ai concorsi per infermiere/fisioterapista/ostetrica banditi da altre Aziende e già conclusi nonché nel 2019 a quelli di assistente amm.vo, coll.re amm.vo area giuridica, programmatore, coll. tec. informatico e logopedista. L'Azienda USL di Parma nel corso del 2019 ha, invece, assunto la responsabilità di capofila per le procedure di tecnico di radiologia, tecnico della prevenzione, tecnico della riabilitazione psichiatrica e coll. amm.vo - area econonomico-finanziaria. Le procedure di competenza sono in corso di espletamento. A far tempo da gennaio 2018 è stata attivato il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. Nel corso del 2019 si è proceduto al consolidamento e all'ottimizzazione nell'utilizzo dei moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno, comprese le denunce periodiche (CU e conto annuale). Parte del personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane ha continuato la formazione ""sul campo"" a favore degli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi RIT e SIA ospedaliero, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura aziendale. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria, anche se residuano alcune criticità rispetto al modulo economico gestione personale universitario dovuto alla specificità dell'applicazione nelle singole aziende aderenti. Il modulo valutazione è stato attivato in coerenza con le modifiche del sistema integrato interaziendale di valutazione, pur evidenziandosi molteplici criticità ad adeguarsi alle necessità aziendali. E' stato altresì avviato il modulo previdenza e anche in questo caso occorreranno ulteriori interventi formativi e di risoluzione anomalie riscontrate nella conversione e utilizzo dati. Per quanto concerne il modulo concorsi è continuata la formazione, ma il rilascio del modulo, inizialmente previsto per l'autunno è stato ulteriormente ritardato ai primi mesi del 2020 per la necessità di ulteriori sviluppi del software richiesti dalle Aziende di Area Vasta.

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.6.4.1**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Gestione del sistema sanitario regionale e del personale**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFT), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		
Attuazione e monitoraggio del Piano avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsit dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione e Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni"	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.6.4.2**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.6.4.2**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.**			

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.	Il confronto tra l'Azienda e le OOSS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti processi di integrazione interaziendale, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro nonché attraverso la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti, quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale. In particolare gli accordi sottoscritti sia per l'area del comparto che per l'area della dirigenza hanno previsto, in adesione alle indicazioni fornite dall'OIV, oltre che la valutazione della performance organizzativa anche quella della performance individuale. E' stata avviata la sessione negoziale dedicata alla contrattazione integrativa prevista dal CCNL Comparto 21/5/2018 e presentata alle oo.ss. bozza di contratto integrativo aziendale, che teneva conto delle specifiche direttive regionali in materia. In esito a tale confronto si è proceduto alla sottoscrizione della ipotesi di CCIA che è stato di seguito sottoposto al controllo del Collegio Sindacale con esito positivo. La sottoscrizione definitiva è prevista per il 10/12/2019.

Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	DGR 977/19

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.6.4.3**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Costi del personale**			

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti	Il Dipartimento Risorse Umane in collaborazione con il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.6.4.3**	**DGR 977/19 - Governo delle risorse umane: Costi del personale**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione del PTFP e degli Accordi sottoscritti	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Sub-Area piano delle azioni	7.7	Il SIT e la valorizzazione delle competenze

Settore	7.7.1	Sviluppo professionale e qualità delle cure

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 delle 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	Nel corso del I° semestre il gruppo di lavoro ha provveduto a definire i requisiti tecnici/informatici e i contenuti specifici assistenziali che devono essere presenti all'interno della lettera di dimissione infermieristica. Nel corso del II° semestre è stata completata la realizzazione del format della lettera di dimissione infermieristica e sperimentata attraverso la simulazione di casi clinici definiti. La lettera di dimissione è attualmente compilabile nella versione elettronica mediante l'ambiente di test dell'applicativo.

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

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**			

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

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/ informatico 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.	E' stato conseguito l'adeguamento dell'applicativo Arianna nei contenuti precedentemente definiti. Il suo utilizzo consentirà di individuare ulteriori elementi di miglioramento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguamento dell'applicativo Arianna ai fini dell'adozione quale sistema informatico/informativo unico negli Ambulatori infermieristici della cronicità	SIT aziendale	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	**7.7.1.3**	**IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**7.7.1.3**	**IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE**			
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			E' stata redatta una procedura unica aziendale in tema di prevenzione delle lesioni da pressione sulla base delle Linee di indirizzo regionali; sono stati realizzati, negli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro, gli audit sull'adesione alle pratiche di prevenzione , in coerenza, peraltro, con le indicazioni regionali.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	Direzione SIT	Sì/No		Sì		Sì		
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	Sì/No		Sì		Sì		

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.			Nel primo semestre è statodato corso alla predisposizione dei documenti dando, peraltro, priorità a quello relativo all'assistenza infermieristica domiciliare. Nelsecondo semestre,iIn coerenza con quanto precedentemente rideterminato, sono stati redatti i Piani di attività dei SIT DCP relativamente all'Assistenza Infermieristica Domiciliare.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione dei Piani delle Attività	Direzione SIT	Sì/No		Sì		Sì		

Settore	7.7.2	Obiettivi legati alla produttività
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
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.		

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**			

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA IN SALUTE MENTALE . I pazienti ricoveratl 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 PERCORSO DI ACCOGLIENZA-VALUTAZIONE-DIAGNOSI IN NPIA. 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 GESTIONE DEGLI EVENTI CRITICIIN 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 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) - NPIA	Tutte le verifiche realizzate, a frequenza mensile, hanno confermato il conseguimento degli standard attesi o di valori superiori degli stessi.

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**			
Parma (U.O. Psichiatria e Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza)					
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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%	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%	80,00%	80,00%		
N. pazienti con BVC compilata / N. pazienti dimessi (calcolato su base mensile)	Documentazione clinica	% >=	80,00%	80,00%	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%	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**			
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 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/adeguamenti degli stili di vita a domicilio sulla base di contenuti personalizzati. Ambito: Medicina Riabilitativa Distretto di Fidenza 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 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	Tutte le verifiche realizzate, a frequenza mensile, hanno confermato il conseguimento degli standard attesi o di valori superiori degli stessi.				
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 2017-2019	

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di prime visite effettuate dall'ostetrica incaricata entro 72 ore dalla dimissione ospedaliera / Numero di prime visite richieste attraverso comunicazione formale trasmessa dall'Ospedale al Consultorio di riferimento (calcolato su base mensile)	Documentazione Consultori	% >=	85,00%	85,00%	85,00%	85,00%		
N. di pazienti (o loro familiari) addestrati / N. di pazienti in carico suscettibili, per condizioni di patologia e/o supporto familiare, a realizzare in autonomia, attività riabilitative a domicilio. (calcolato su base mensile)	Documentazione sanitaria	% >=	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%		
N. pazienti con età superiore ai 65 anni, eleggibili, che vengono valutati per il Programma OTAGO a cui viene proposto il percorso / N. pazienti con età superiore ai 65 anni eleggibili (calcolato su base mensile)	Documentazione sanitaria	% >=	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%		
N. di sedute vaccinali realizzate, per ambiti temporali e di sede / N. sedute vaccinali calendarizzate, per ambiti temporali e di sede, nel documento di programmazione aziendale (calcolato su base mensile)	Applicativo ONIT	% >=	85,00%	85,00%	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

Dimensione Performance	1	**Performance dell'utente**	Area Performance	1.2	**Area dell'integrazione**
Obiettivo	**7.7.2.3**	**AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE**			
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 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 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			Tutte le verifiche realizzate, a frequenza mensile, hanno confermato il conseguimento degli standard attesi di o valori superiori degli stessi.		
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	**7.7.2.3**	**AREA DIPARTIMENTALE DELLE CURE PRIMARIE**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. 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%	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%	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%	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%	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**

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 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. 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. Il progetto ha una valenza biennale (2019/2020) poichè comprende anche la sostituzione della cartella radiologica informatizzata.	Tutte le verifiche realizzate, a frequenza mensile, hanno confermato il conseguimento degli standard attesi o di valori superiori degli stessi.

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**	**Valore ragg. intermedio**	**Valore ragg. finale**	**Perf. inter**	**Perf. finale**
Compilazione al termine di ogni trasporto della check list per singola ambulanza (calcolato su base mensile)	Documentazione di servizio	% >=	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%		
N. pacchetti personalizzati/N. richieste di predisposizione pacchetti personalizzati (calcolato su base mensile)	Documentazione Servizio Farmaceutico	% >=	95,00%	95,00%	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%	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.	Tutte le verifiche realizzate, a frequenza mensile, hanno confermato il conseguimento dello standard atteso di o valori superiori dello stesso.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. 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%	90,00%	90,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.8	Sicurezza del lavoro

Settore	7.8.1	Quadro generale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale

Continua in Azienda la realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i.
Il percorso avviato ha migliorato, a tutti i livelli organizzativi, le conoscenze in materia di sicurezza del lavoro promuovendo la " cultura della sicurezza " come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e non solo come mero adempimento normativo.
Anche per l'anno 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.

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		

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**			
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: 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) Predisposione di un data base delle schede di sicurezza delle sostanze chimiche utilizzate per aggiornamento periodico con Servizio Farmaceutico		Redatto DVR e Piano miglioramento di nuove sedi: CdS Bambino Adolescente PR, CUP Fidenza, Cure Fisiatriche Fidenza, Distribuzione farmaci Fidenza, CdS Pablo. Aggiornati DVR di: Polo Sanitario Basetti. Attuato "audit" e revisione dei DVR , CdS Pintor, CdS Collecchio, SER.T PR. Redatto DVR chimico-antiblstici dei D.H. Oncologici di Vaio-Borgotaro. Redatti DVR aggressioni personale AUSL CSM Langhirano, CSM-SERT-NPIA Fornovo, P.Soccorso Vaio. Attuato aggiornamento scheda segnalazione infortuni rischio biologico. Pubblicato sul sito intranet del SPPA il Data base sostanze chimiche Effettuate tutte le riunioni della sicurezza annuali con Direzioni delle articolazioni aziendali.		
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	**7.8.1.1**	**Gestione del rischio**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
DVR di aggiornamento delle strutture individuate con Direttori di Distretto-Ospedale	atti delle articolazioni aziendali coinvolte.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
DVR rischio biologico della Casa della Salute del Bambino e del Centro Cure Progressive	atti del SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Relazione sullo stato dei piani di miglioramento di 3 DVR sottoposti ad AUDIT interno del SPPA	atti del SPPA	Sì/No		Sì		Sì		
Scheda SIROH infortuni biologica aggiornata con tipo ago utilizzato	atti del SPPA	Sì/No		Sì	No	Sì		
Data base schede di sicurezza sostanze chimiche aggiornato	atti del SPPA	Sì/No		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	**7.8.1.2**	**Gestione Emergenze**			

Descrizione	Rendicontazione
1) Predisposizione dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali che ne sono prive. 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. 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. 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.	Piano di emergenza CdS del Bambino,CdS Pablo, CdS Fidenza, Ambulatori MLDP. Simulazione emergenza CdS e del Bambino, con firme di presenza . Addestramento uso centralina emergenza CdS Pablo, CdS Fidenza,CdS Bambino-Adolescente, Ospedale Comunità S.Secondo, con firma di presenza. Attuati due corsi di formazione antincendio 16 ore per (strutture Rischio Alto) presso i Vigili del Fuoco. Attuati 2 corsi antincendio di 8 ore aggiornamento con personale SPPA per strutture alto rischio. Attuati 2 corsi antincendio di 8 ore per medio rischio. Percentuale di adesione 78-83%.

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piani di emergenza per sedi non coperte	atti SPPA	% >=		100,00%		100,00%		
Numero di simulazioni organizzate con Distretto-Ospedale	atti SPPA	% >=		90,00%	40,00%	90,00%		
Corsi di formazione/aggiornamento anticendio e uso centraline di allarme delle squadre antincendio	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Evidenza data-base del personale formato	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**7.8.1.3**	**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)**

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 incollaborazione con AVEN e AOU di Parma. Organizzazione della Formazione specifica, nell'ambito dei Progetti formativi dell'OPP - Organismo Paritetico Provinciale Sanità Pubblica. Formazione dei Dirigenti e dei Preposti, in modalità e-learning. Formazione del neo-assunto, in modalità e-learning. Corso di addestramento all'uso di dispositivi medici pungenti protetti in collaborazione con SIT e Ditta fornitrice. Formazione specifica teorico-pratica antincendio. Formazione specifica sulla corretta movimentazione delle persone, rivolta agli Operatori interessati. 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 operatori nominati all'interno del DGO (documento gestione operativa gas medicali). Per l'anno 2019 almeno il 50%. Verifica con Ufficio Formazione di estrapolazione periodica sul programma GRU di un data-base e scadenziario della formazione specifica Accordo-Stato Regioni 21.12.2011.	Acquisito nuova licenza per corsi di formazione e-learning per PREPOSTI e per AMMINISTRATIVI NEOASSUNTI a BASSO RISCHIO (4 ore). Attuato con SPPA dell' AOU di Parma e Organismo Paritetico Provinciale 2 corsi di formazione di 12 ore (specifica) per operatori sanitari neoassunti. 70 posti disponibili. Non tutti i lavoratori invitati si sono presentati, malgrado i solleciti ai referenti formativi di articolazione aziendale. Effettuato corso di formazione su uso corretto di dispositivi medici con ago protetto al CCP di Langhirano.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di adesione alle inziative formative proposte	Anagrafica Aziendale	% >=		95,00%		70,00%		
Evidenza data-base formazione	Atti SPPA	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	**7.8.1.4**	**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.			Redatto DVR stress-lavoro correlato 2018, presentata in Collegio di Direzione la statistica infortuni da aggressioni al personale sanitario.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale DVR stress lavoro-correlato 2018	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**7.8.1.5**	**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.			Redatto Piano AUSL PR per la prevenzione degli atti di violenza degli operatori sanitari, in collaborazione con Governo Clinico e inviato in Regione. Redatta scheda di valutazione delle condizioni ambientali e organizzative dei servizi a maggior rischio di aggressioni (DAISM-DP e PS), da utilizzare nei sopralluoghi. Redatto format di DVR DLgs 81/2008 per l'esame delle condizioni di rischio e azioni di miglioramento. Partecipato a riunioni AVEN con successiva raccolta e invio di informazioni su contenitori formaldeide-nuova gara AVEN e su adeguatezza nuovi aghi a farfalla di gara AVEN. La fornitura dei contenitori di piccola taglia è stata assegnata al 2° classificato e non è stato fatto il corso di addestramento all'uso in quanto i contenitori sono della ditta già fornitrice nella gara precedente.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Piano per la Prevenzione violenza a carico operatori	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Indagine sul consumo di aghi a farfalla di un fornitore ed eventali inconvenienti emersi	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Relazione sulla tipologia di contenitori di formalina forniti dalla ditta aggiudicataria	atti SPPA	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Corso di formazione operatori sull'uso dei nuovi contenitori	atti SPPA	Sì/No		Sì	No			

Settore	7.8.2	Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
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. 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".	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.8.2.1	Gestione del rischio			

Descrizione	Rendicontazione
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. 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. 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	"Nel 2019 sono proseguiti gli screening per TBC e Malattie esantematiche i corso di visita di assunzione o periodica o eccezionali, in corso di esposizione a casi ""indice"" senza che siano emersi casi di cuticonversione negli operatori sanitari o malattia esantematica in operatori o assistiti. Per i lavoratori del Distretto/Ospedale di Fidenza é attiva, tramite i referenti della Sorveglianza Sanitaria, la procedura di prenotazione CUP che permette la trasmissione congiunuta alla data di prenotazione esami ematici (con relative etichette) della data della visita medica. La procedura permette inoltre ai Medici competenti la visione dei referti a Pc con Galileo"

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	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza DVR TBC aggiornato di P.O.	medico competente	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza DVR VMPR aggiornato di P.O.	medico competente	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza di Procedura di Gestione	Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	3.1	**Area della ricerca e della didattica**
Obiettivo	**7.8.2.2**	**Formazione**			
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.			Effettuati 2 corsi di formazione su rischio biologico e vaccinazioni nelle sedi di Vaio e Borgotaro, accreditati su GRU.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza del Piano Formativo	Atti ufficio formazione	Sì/No		Sì		Sì		

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 di lavoro			A seguito di nuovo assetto organizzativo dell'ambulatorio del medico competente la realizzazione del progetto di sensibilizzazione sulla corretta alimentazione verrà rinviato al 2020. E' continuato al contrario l'aggiornamento della "Bacheca dei dipendenti" nei due Ospedali su argomenti di rischio bilogico e vaccinazioni.		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza studio di progetto	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

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 VMPR 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)	"Attuata e conclusa nel 2018 l'offerta attiva del vaccino antinfluenzale al personale dipendente, convenzionato o in assunzione. Da resoconto regionale conclusivo a maggio 2019,l'AUSL Parma ha raggiunto il 51% vaccinazioni antinfluenzali tra operatori sanitari. Dai resoconti aziendali la copertura varicella-morbillo-parotite-rosolia negli operatori di reparti ad alto rischio è oltre 95 % . La cartella sanitaria web sarà disponibile per i M.C.non prima di maggio 2020. Vedi anche punto 7.8.3.1 Per il progetto promozione della salute vedi punto 7.8.2.3. Con il Governo Clinico e SPPA sono stati inviati alla Regione i i dati raccolti al 2018 attraverso la schede di segnalazione regionale, relativi alle aggressioni verbali, fisiche e al patrimonio della nostra AUSL. I dati 2019 sono in corso di elaborazione per analoga rendicontazione nella statistica aziendale degli infortuni e invio alla Regione per la statistica regionale"

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%		51,00%		
operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/ immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		
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	Sì/No		Sì		No		
Adozione cartella sanitaria informatizzata nel 4° trimestre 2019 e formazione personale infermieristico del medico competente	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		

Settore	7.8.3	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: • Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie; • proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario"; • promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto del PRP sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, considerato anche a livello nazionale uno dei contesti più promettenti per promuovere, e dove possibile, effettuare le vaccinazioni; • proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al Piano di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, monitorando i risultati delle azioni realizzate.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	**7.8.3.1**	**DGR 977/19 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			

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

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

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.1	**Area della produzione**
Obiettivo	**7.8.3.1**	**DGR 977/19 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 51% di copertura)	specifico flusso di riferimento	% >=		32,80%		51,00%		
Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/ immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		98,00%		
Report sulle azioni realizzate: % azioni realizzate su quelle programmate	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.9	Politiche degli acquisti e logistica

Settore	7.9.1	Obiettivi 2019

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

La Regione, tenendo conto delle indicazione 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 programmatorio 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.	Nel rispetto della programmazione regionale e di area vasta residuano a livello aziendale alcune procedure e gli atti di proroga e rinnovo di contratti vigenti. Al fine di programmare questa attività, con atto n. 319 del 24/04/2019 è stata approvata la programmazione aziendale 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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi	Registro delibere aziendali	Sì/No	Sì	Sì	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**			

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 acquisizione di strumentaziuoni 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. 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. 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. 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.	Con atto deliberativo n. 358 del 15/05/19, nelle more della rilevazione del fabbisogno di beni/servizi informatici da parte dell'agenzia Intercent-er ed in attesa quindi della disponibilità delle relative convenzioni, è stato approvato l'elenco delle procedure di acquisto di servizi/beni informatici per l'anno 2019.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Revisione del Piano Triennale 2017 – 2019 per l'acquisizione di beni informatici (in linea con le linee operative che emanerà AGID in corso d'anno)	Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì		
Predisposizione della Rendicontazione per la verifica dell'attuazione del Piano Triennale 2017 – 2019, con riferimento all'anno 2018.	Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Sì/No	No	Sì	No	Sì		
Esperimento di procedura per la vendita di immobili non strumentali, secondo le previsioni dell'apposito quadro del Piano Triennale degli investimenti 2018 - 2020.	Atti del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici	Sì/No	No	Sì	No	No		
Predisposizione di Piano finanziario per la valutazione dei flussi finanziari a supporto delle decisioni in merito all'anticipo dell'acquisizione in piena proprietà dei locali del Centro di Accoglienza del complesso ospedaliero di Vaio	Atti del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori Pubblici	Sì/No		Sì		Sì		
Avvio e configurazione SW gestionale per gestione autoparco (configurazione utenti, configurazione flotta, definizione reportistica base)	Relazione Mobility Manager	Sì/No	No	Sì	No	No		

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
Nel 2019 deve essere data attuazione completa alle Procedure previste nel PACS relativamente al ciclo passivo degli acquisti: dovranno essere preliminarmente aggiornate le procedure relative al ciclo passivo alla luce del primo biennio di integrazione dei servizi amministrativi e tecnici coinvolti.	Sono in fase di aggiornamento le procedure per il ciclo passivo, è già stata definita la parte degli acquisti ma occorre un'ultima condivisione del documento con tutti gli altri servizi coinvolti; si procederà quindi all'approvazione della procedura, prevedibilmente nei primi mesi del 2020.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Aggiornamento Procedure relative al ciclo passivo degli acquisti	Atti dei Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica	Sì/No	No	Sì	No	No		

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 dittte partecipanti alle gare bandita dalla Centrale stessa.	Il contributo da parte dell'azienda nelle commissioni regionali è costante.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la predisposizione di progetti in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. sedute con presenza/n. sedute complessive)	Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		80,00%	80,00%	100,00%		
Partecipazione ai lavori delle commissioni per la valutazione delle offerte tecniche in ambito Intercent-ER ed AVEN per l'acquisizione di beni e servizi (n. commissioni a cui si è partecipato/n. commissioni per cui sono stati richiesti membri alla nostra	Atti di IntercentER ed AVEN	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

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

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**			
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			vedi rendicontazione 7.9.2.1		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria	Specifico flusso di riferiemento	% >=		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 riferiemento	% >=		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 ulteriorimente 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.			L'adesione alle convenzioni regionali è costante e puntuale, si prevede che l'obiettivo individuato per l'anno 2019 (45%) sarà raggiunto. La piattaforma SATER è ormai il riferimento prevalente per l'espletamento delle procedure di gara sotto soglia da parte del Servizio Acquisizione Beni e del Servizio Logistica (per le gare soprasoglia è il riferimento esclusivo), l'obiettivo annuale, che da DGR 977/19 è da imputare complessivamente al Dipartimento Interaziendale, è già stato superato alla verifica intermedia (a novembre si registrano 144 richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale). La completa dematerializzazione degli ordini entro il 31/12/19 è stata procrastinata per gli ordini di beni al prossimo anno, si sta tuttavia continuando a verificare puntualmente lo stato dei fornitori, intercettando progressivamente tutti quelli che ancora non si sono iscritti al nodo regionale invitandoli formalmente con PEC ad adeguarsi.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 919/18	

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.9.1.6**	**Dematerializzazione del processo di ciclo passivo**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Num. Di indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli a acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)	Specifico flusso di riferiemento	Numero >=		30,00	67,00	144,00		
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 riferiemento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	Specifico flusso di riferiemento	% >=		50,00%	67,14%	68,80%		

Settore	7.9.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Anche nel 2018 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi. Infatti nel 2018 è stato approvato dalla Giunta regionale con Delibera n.744/2018 il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER inerente le attività in capo all'Agenzia. Il nuovo accordo prevede, oltre all'adeguamento degli indicatori di performance, un'evoluzione del sistema di relazione dell'Agenzia con il sistema sanitario regionale, con un maggiore coinvolgimento delle Direzioni delle Aziende Sanitarie nei processi di gestione e monitoraggio degli acquisti di beni e servizi.	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	**7.9.2.1**	**DGR 977/19 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**			

Descrizione	Rendicontazione
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale	E' proseguita nel 2019 la collaborazione con l'Agenzia Intercent-er per lo svolgimento di gare con il supporto del personale delle aziende sanitarie. A livello di Dipartimento Interaziendale acquisti si è conclusa nel 2019 la procedura di gara DM per emodinamica (importo triennale di circa € 37.000.000 per un totale di 58 lotti) per la quale si è svolta la funzione di RUP e assistente al RUP, alle dirette dipendenze del Direttore di intercent-er. I risparmi a livello regionale sono consistenti. Gli indicatori si riferiscono ad attività riferite all'Agenzia Intercent-ER. Per la rendicontazione degli indicatori posti in calce si resta in attesa di aggiornamenti regionali.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Definizione di meccanismi di coordinamento che garantiscano una tempestiva ed efficace adesione delle Aziende alle iniziative di acquisto regionali	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputateagli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.1	**Area economico-finanziaria**
Obiettivo	**7.9.2.2**	**DGR 977/19 - Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo**			

Descrizione	Rendicontazione
Come detto con delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER. L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore committment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.	L'adesione alle convenzioni regionali è costante e puntuale. La piattaforma SATER è ormai il riferimento prevalente per l'espletamento delle procedure di gara sotto soglia da parte del Servizio Acquisizione Beni e del Servizio Logistica (per le gare soprasoglia è il riferimento esclusivo), l'obiettivo annuale, che da DGR 977/19 è da imputare complessivamente al Dipartimento Interaziendale, era già stato superato alla verifica intermedia (a novembre si registrano 144 richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale). La completa dematerializzazione degli ordini entro il 31/12/19 è stata procrastinata per gli ordini di beni al prossimo anno, si sta tuttavia continuando a verificare puntualmente lo stato dei fornitori, intercettando progressivamente tutti quelli che ancora non si sono iscritti al nodo regionale invitandoli formalmente con PEC ad adeguarsi.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale	specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%		61,92%		
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (%dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie)	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		93,11%		
Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli a acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00	67,00	144,00		
Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31/12/2019	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	67,14%	68,80%		

Sub-Area piano delle azioni	7.10	Il Piano degli Investimenti

Settore	7.10.1	Gli investimenti strutturali e le attrezzature
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.1**	**Realizzazione Piano Aziendale Case della Salute**			

Progettazione interventi previsti dal Piano Aziendale per la realizzazione delle Case della Salute, in raccordo con le esigenze e le attività delle strutture aziendali – L'avvio di tali attività è previsto e programmato compatibilmente al raggiungimenti di specifici accordi con le Amministrazioni Comunali di riferimento e con i Medici di Medicina Generale: 1. Borgo Val di Taro – 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	La realizzazione degli interventi di cui all'Obiettivo n°8 e la conseguente progettazione delle opere di realizzazione della Casa della Salute di Borgotaro verranno avviate solo successivamente all'avvenuta ultimazione dei lavori di ristrutturazione del Punto di Primo Intervento, al fine di non gravare sulle attività sanitarie con i disagi derivanti dalla contemporaneità di più cantieri all'interno della struttura ospedaliera; 2. I lavori di costruzione del nuovo edificio destinato ad ospitare la Casa della Salute di Fornovo Taro sono iniziati il 20/05/2019 e proseguono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma di cantiere 3. I lavori per la realizzazione della Casa della Salute di Noceto sono iniziati il 26/02/2019 e proseguono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma di cantiere 4. I lavori per la realizzazione della Casa della Salute Lubiana- San Lazzaro (PR), iniziati il 21/08/2018, stanno procedendo nel rispetto del cronoprogramma contrattuale 5. Via Verona (PR): sono in corso le verifiche delle alternative progettuali 6. I lavori per la realizzazione della Casa della Salute "Pablo" sono stati ultimati e la struttura è operativa e funzionante.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Interventi in progettazione - Evidenza documentale	Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	1,00	6,00	3,00	3,00		
Interventi in esecuzione - Evidenza documentale	Documenti contabili	Euro >=			1,00	4,00		

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		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.2**	**Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica**			

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). 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.	Nel 2019 sono state ultimate, con l'ottenimento dell'Autorizzazione sismica, le seguenti progettazioni esecutive: 1. Casa della Salute di San Secondo - corpo B 2. Residenza Psichiatrica 1° Maggio di Colorno. E' stata completata la progettazione esecutiva strutturale dei necessari adeguamenti/miglioramenti al corpo 6 dell'Ospedale di Borgotaro (nell'ambito degli interventi di riqualificazione del Comparto Operatorio dell'ospedale medesimo)

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incarichi di progettazione esterna - Evidenza documentale	Elaborati progettuali	Numero >=	1,00	2,00	2,00	3,00		
Incarichi di progettazione interna - Evidenza documentale	Elaborati progettuali	Sì/No	No	Sì	No	No		

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.	I lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Vaio, realizzati dalla UNIECO Soc. Coop., sono stati ultimati nel novembre 2016 e l'Unità Operativa è operativa e funzionante. I lavori di costruzione della nuova ala in ampliamento sono stati ultimati e la nuova struttura è operativa e funzionante. Nel corso del 2020 verrà realizzata l'ultima parte delle opere previste dal progetto esecutivo e da eseguirsi presso il Complesso Ospedaliero esistente.

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.3**	**Ampliamento Ospedale di Vaio**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Verbale fine lavori	Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Sì/No	No	Sì	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)	Nel corso del 2019 si è provveduto a: 1. Proseguire nella progettazione degli adeguamenti necessari presso la Casa della Salute di Colorno 2. Completare la progettazione degli adeguamenti necessari presso la Casa della Salute di Traversetolo 3. Avviare la progettazione degli adeguamenti necessari presso il Polo Sanitario di Via Verona 4. Completare la progettazione degli adeguamenti 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione progettazione	Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F	Numero >=	1,00	4,00	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
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. 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..). Gli interventi in fase di progettazione nel corso del 2019 sono relativi a: - Miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro	E' in corso lo studio e la valutazione della fattibilità delle alternative progettuali per l'intervento denominato "Miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro"

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione: evidenza documentale dei progetti in corso/progetti da realizzare	Elaborati progettuali in atti al SAT	% >=	30,00%	80,00%	0,00%	0,00%		

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**			

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: - Interventi da realizzare (con progettazione approvata) - interventi in corso di realizzazione. 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..)	L'avanzamento degli interventi sia da realizzare sia in corso di realizzazione procede secondo le aspettative.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Importo interventi	Atto di aggiudicazione e Atti contabili ex DPR 207/2010	Euro >=	350.000,00	700.000,00	3.121.600,00	4.269.888,75		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.7**	**Gli Investimenti**			

Descrizione	Rendicontazione
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L 266/2005) e regionale (DGR708/215). 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. (DGR 919/18 pag. 96 di 106)	Relativamente agli interventi di competenza, l'Azienda ha assicurato il rispetto delle tempistiche stabilite a livello nazionale e regionale ed ha trasmesso le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi ed attivati ma ancora risultanti a residuo

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.7**	**Gli Investimenti**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02/11/2016	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		
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%		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%	75,00%	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	Durante il 2019 è stato assicurato il monitoraggio degli interventi di adeguamento antincendio e di miglioramento sismico secondo le scadenze regionali

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	**7.10.1.8**	**Prevenzione incendi - Prevenzione sismica**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

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

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS	Durante l'anno 2019 sono state assicurate le azioni di monitoraggio dei costi di ordinaria manutenzione secondo quanto previsto dal 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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

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	Durante l'anno 2019 sono state assicurate le azioni di competenza relativamente al censimento dei complessi immobiliari ed al loro collegamento al sistema GAAC

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.1.10**	**Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dalla raccolta attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC)	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	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.	E' stata garantita, per quanto di competenza, la collaborazione tecnico amministrativa necessaria all'avvio ed all'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie alla costituzione del fondo

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Settore	7.10.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" nel rispetto della tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205. Trasmissione nei tempi programmati della documentazione necessaria per la predisposizione del Documento programmatico del prossimo Accordo di programma (proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988). Rispetto tempistica prevista da INAIL nel caso di interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, commi 602 e 603, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 977/19 - Piano Investimenti			

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

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

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

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 977/19 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.2.2**	**DGR 977/19 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica**			
Prevenzione incendi e sismica: Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo la normativa prevenzione incendi; azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende Sanitarie			Nel corso del 2019 è stato assicurato il monitoraggio degli interventi di adeguamento antincendio e di miglioramento sismico secondo le scadenze regionali.		
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.10.2.3**	**DGR 977/19 - Manutenzione**			
Descrizione			Rendicontazione		
Manutenzione: Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS			Durante il 2019 sono state assicurate le azioni necessarie al monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria come previsto dall'adesione al progetto AGENAS		
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.11	Azioni per il risparmio energetico

Settore	7.11.1	Quadro generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale

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.
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).

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)	Durante il 2019 sono proseguite le attività di progettazione dell'impianto fotovoltaico previsto presso la Casa della Salute di San Secondo. La progettazione esecutiva dell'intervento verrà completata nei primi mesi del 2020, successivamente alla quale si procederà all'affidamento dei lavori

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Elaborazione Studio di fattibilità	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro			

Descrizione	Rendicontazione

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.11.1.2**	**Realizzazione interventi Borgotaro**			
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.			Durante il 2019 sono state completate le attività di progettazione degli interventi necessari ad utilizzare fonti alternative di energia presso l'Ospedale di Borgotaro. (Impianto fotovoltaico)		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione progettazione esecutiva	Evidenza documentale	Sì/No	No	Sì	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			Gli interventi sono stati ultimati		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione interventi previsti dal vigente Contratto di Gestione Calore	Certificato di regolare esecuzione	Sì/No	No	Sì	Sì	Sì		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.11.1.4**	**Mobilità Sostenibile**			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.3	**Area dell'Organizzazione**
Obiettivo	**7.11.1.4**	**Mobilità Sostenibile**			

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	Nel primo semestre dell'anno le attività si sono svolte regolarmente secondo quanto pianificato: in particolare sono stati realizzati -in collaborazione con ACI Parma- 4 corsi di guida sicura e sostenibile che hanno visto la partecipazione di 56 dipendenti e si è completata l'analisi di fattibilità per la realizzazione dei nuovi stalli biciclette presso le sedi di Strada del Quartiere e della Casa della Salute Parma Centro. E' proseguita la partecipazione attiva al coordinamento locale dei Mobility Manager. Nel secondo semestre sono stati ulteriori 2 corsi formativi di guida sicura e sostenibile (35 partecipanti) e ultimate le installazioni degli stalli coperti per le biciclette presso la Sede Centrale, e le CdS Pintor e Parma Centro per un totale di 57 nuovi stalli coperti. Il bando annuale per le agevolazioni per il TPL per i tragitti Casa-lavoro ha visto 65 richieste tutte accolte di cui 11 per FFSS e 54 per TEP. Tutti gli interventi rientravano in un progetto promosso da Comune di Parma con Ministero dell'Ambiente e sono stati terminati al 31.12.2019 e debitamente rendicontati.

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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione relazione attività svolte	Relazione mobility manager	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Eventi formativi	U.O. Formazione	Sì/No		Sì	Sì	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	Rendicontazione
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 mobilita sostenibile.(DGR 919/18 pag.97 di 106)	L'attività di pianificazione e di progettazione degli investimenti è stata svolta in coerenza con gli obblighi in materia di uso razionale dell'energia ed in applicazione dei criteri minimi ambientali. E' stata inoltre assicurato il monitoraggio delle azioni volte all'uso razionale dell'energia

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**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)	Specifico flusso di riferiemento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Settore	7.11.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER
Finalità ed obiettivi delle azioni 2019		Indicazione sintetica della situazione attuale
Uso razionale dell'energia e gestione ambientale: Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.11.2.1	DGR 977/19 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale			
Descrizione			Rendicontazione		
Uso razionale dell'energia e gestione ambientale: Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari			Durantel'anno 2019, sono state assicurate le azioni di monitoraggio sull'uso razionale dell'energia ed il rispetto delle relative scadenze regionali		
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DGR 977/19	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi atttivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		

Sub-Area piano delle azioni	7.12	Ingegneria Clinica

Settore	7.12.1	Quadro generale

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 tecnoogie 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
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)	Sono stati applicati i criteri per la selezione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale. Non sono state sottoposte alla commissione DM locale (NPV) richieste di DM candidabili alla valutazione regionale.

Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	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	**7.12.1.1**	**Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di 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%	100,00%	100,00%		

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	Sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo le scadenze prestabilite. Non sono state presentate istruttorie GRTB in quanto non sono state acquisite tecnologie rispondenti ai requisiti specificati.

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	**7.12.1.2**	**Tecnologie biomediche**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato - Secondo scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie - Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		
Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite per TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		

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..).	Nel 2018 si sono concluse la maggior parte (oltre l'80%) delle attività previste per la realizzazione degli investimenti previsti nel "Piano Attrezzature Elettromedicali biennio 2017-2018" che sono state pertanto gestite nel rispetto dei cronoprogrammi individuati e condivisi con la direzione strategica. E' in corso di definizione il piano 2019 - 2020 per il quale alcune attività sono già state portate a termine e altre sono in corso di svolgimento.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti		

Dimensione Performance	4	**Performance della sostenibilità**	Area Performance	4.2	**Area degli investimenti**
Obiettivo	**7.12.1.3**	**Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature**			

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Acquisto apparecchiature biomedicali: evidenza documentale	Certificati di collaudo e atti di acquisizione	% >=	20,00%	80,00%	20,00%	80,00%		

Settore	7.12.2	DGR 977/19 - Linee di Programmazione RER

Finalità ed obiettivi delle azioni 2019	Indicazione sintetica della situazione attuale
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche. L'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie deve essere ottimizzato, anche con azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti. Garantire il supporto al livello regionale relativamente al Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM)	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	**7.12.2.1**	**DGR 977/19 - Tecnologie biomediche**			

Descrizione	Rendicontazione
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche. L'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie deve essere ottimizzato, anche con azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti.	Sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo le scadenze prestabilite. Non sono state presentate istruttorie GRTB in quanto non sono state acquisite tecnologie rispondenti ai requisiti specificati.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte ad istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		
Potenziale obsolescenza dell'installato: meida degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	**7.12.2.2**	**DGR 977/19 - Il goveno delle tecnologie sanitarie e l'attività di HealtH Technology Assesment (HTA)**			

Descrizione	Rendicontazione
Garantire il supporto al livello regionale relativamente al Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM)	Non ci sono riscontri circa attività da ricondurre al Programma Nazionale HTA dispositivi medici che abbiano coinvolto il Servizio di Ingegneria Clinica

Dimensione Performance	2	**Performance dei Processi Interni**	Area Performance	2.2	**Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico**
Obiettivo	**7.12.2.2**	**DGR 977/19 - Il goveno delle tecnologie sanitarie e l'attività di HealtH Technology Assesment (HTA)**			
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	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni tecnologiche sanitarie da proporre a valutazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritarizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre in valutazione	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		