

2018

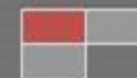


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

PIANO AZIONI 2018

VERIFICA AL 31/12/2018

Direzione Generale



SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.1 - Cure Primarie

1.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	1
1.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	6
1.1.3 - Cure Intermedie	12
1.1.4 - Le cure domiciliari	17
1.1.5 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	21

1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	29
1.2.2 - Assistenza Odontoiatrica	35
1.2.3 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	36

1.3 - SPORTELLLO UNICO DISTRETTUALE

1.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	40
1.3.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	43

1.4 - SALUTE DONNA

1.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	45
1.4.2 - Spazio Giovani	55
1.4.3 - Spazio Giovani Adulti	58
1.4.4 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	59

1.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	63
1.5.2 - Area Psichiatria Adulti	73
1.5.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	75
1.5.4 - Area Dipendenze Patologiche	81
1.5.5 - DGR 919/18 Linee di Programmazione RER	84

1.6 - SANITA' PUBBLICA

1.6.1 - Quadro Generale e attività trasversali	89
1.6.2 - Igiene e Sanità Pubblica	92
1.6.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	97

SOMMARIO

1 - ASSISTENZA TERRITORIALE

1.6 - SANITA' PUBBLICA

1.6.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	100
1.6.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	102
1.6.6 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	106

1.7 - GLI SCREENING

1.7.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	114
1.7.2 - Screening del tumore del collo uterino	115
1.7.3 - Screening del tumore della mammella	116
1.7.4 - Screening del tumore del colon retto	119
1.7.5 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	122

2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero

2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	124
2.1.2 - DGR 919/18 - Linee di programmazione RER	128

2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale

2.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza nella nuova configurazione integrata	130
2.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico nella nuova configurazione	133
2.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico nella nuova configurazione	138
2.2.4 - DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	149
2.2.5 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	151

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

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

3.1.1 - Obiettivi generali	163
----------------------------	-----

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

3.2.1 - Obiettivi generali	168
----------------------------	-----

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

3.3.1 - Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori	172
---	-----

SOMMARIO

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

3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva

3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva	178
---	-----

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

3.5.1 - Inquadramento generale	179
--------------------------------	-----

4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 - AREA TRASVERSALE

4.1.1 - Obiettivi generali	182
----------------------------	-----

4.1.2 - DGR 919/18 - 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 - Linee di Programmazione RER	207
-------------------------------------	-----

5.2 - DEMENZE

5.2.1 - Quadro generale	210
-------------------------	-----

5.2.2 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	215
---	-----

5.3 - EMERGENZA URGENZA-118

5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario	217
--	-----

5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi	222
---	-----

5.3.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	225
---	-----

5.4 - Politica del farmaco

5.4.1 - Quadro generale	227
-------------------------	-----

5.4.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	248
--	-----

5.5 - Medicina riabilitativa

5.5.1 - Quadro generale	263
-------------------------	-----

5.6 - PATOLOGIE CRONICHE

5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare	268
-------------------------------------	-----

5.6.2 - Nutrizione Artificiale	270
--------------------------------	-----

SOMMARIO

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

5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche

5.7.1 - Area Territoriale	272
5.7.2 - Area Ospedaliera	278
5.7.3 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	280

5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata

5.8.1 - Quadro generale	285
-------------------------	-----

5.9 - SANITA' PENITENZIARIA

5.9.1 - Quadro generale	288
5.9.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	291

5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità

5.10.1 - Quadro Generale	293
--------------------------	-----

5.11 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale

5.11.1 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	295
---	-----

6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione

6.1.1 - Obiettivi 2018	301
6.1.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	308

6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'

6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	315
6.2.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	321

6.3 - Governo Clinico

6.3.1 - Quadro generale	324
6.3.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	330

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE

7.1.1 - Quadro generale	339
7.1.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	352

SOMMARIO

7 - IL SISTEMA AZIENDA

7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta

7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse	358
---	-----

7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo	360
7.3.2 - 919/18 - Linee di Programmazione RER	373

7.4 - LA FORMAZIONE

7.4.1 - Obiettivi generali e specifici	375
7.4.2 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	381

7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso

7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi	384
7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna	389
7.5.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	391

7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo

7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	393
7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	399
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	401
7.6.4 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	404

7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze

7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale	411
---	-----

7.8 - Sicurezza del lavoro

7.8.1 - Quadro generale	418
7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	423
7.8.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	428

7.9 - Politiche degli acquisti e logistica

7.9.1 - Obiettivi 2018	431
7.9.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	437

SOMMARIO**7 - IL SISTEMA AZIENDA****7.10 - Il Piano degli Investimenti**

7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature 440

7.10.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER 449

7.11 - Azioni per il risparmio energetico

7.11.1 - Quadro generale 453

7.11.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER 457

7.12 - Ingegneria Clinica

7.12.1 - Quadro generale 458

7.12.2 - DGR919/18 - Linee di Programmazione RER 463

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE  89%	1.1 - Cure Primarie  89%	1.1.1 - Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie	70%
		1.1.2 - Le Case della Salute e la medicina di iniziativa	100%
		1.1.3 - Cure Intermedie	94%
		1.1.4 - Le cure domiciliari	85%
		1.1.5 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	95%
	1.2 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE  95%	1.2.1 - Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa	86%
		1.2.2 - Assistenza Odontoiatrica	100%
		1.2.3 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	99%
	1.3 - SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE  88%	1.3.1 - Sportello Unico Distrettuale	75%
		1.3.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%
	1.4 - SALUTE DONNA  91%	1.4.1 - Azioni di consolidamento ed integrazione	97%
		1.4.2 - Spazio Giovani	92%
		1.4.3 - Spazio Giovani Adulti	100%
		1.4.4 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	73%
	1.5 - SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE  82%	1.5.1 - Obiettivi di sistema e trasversali	87%
		1.5.2 - Area Psichiatria Adulti	100%
		1.5.3 - Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	79%
		1.5.4 - Area Dipendenze Patologiche	63%
		1.5.5 - DGR 919/18 Linee di Programmazione RER	79%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance	
1 - ASSISTENZA TERRITORIALE	1.6 - SANITA' PUBBLICA	1.6.1 - Quadro Generale e attività trasversali	100%	
		1.6.2 - Igiene e Sanità Pubblica	97%	
		1.6.3 - Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	100%	
		1.6.4 - SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	100%	
		1.6.5 - Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	100%	
		1.6.6 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	95%	
	1.7 - GLI SCREENING	1.7.1 - Quadro generale e obiettivi comuni	0%	
		1.7.2 - Screening del tumore del collo uterino	100%	
		1.7.3 - Screening del tumore della mammella	97%	
		1.7.4 - Screening del tumore del colon retto	87%	
2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA	2.1 - Obiettivi di Presidio Ospedaliero	2.1.1 - Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera	100%	
		2.1.2 - DGR 919/18 - Linee di programmazione RER	83%	
	2.2 - Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale	2.2.1 - Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza nella nuova configurazione integrata	100%	
		2.2.2 - Obiettivi del Dipartimento Medico nella nuova configurazione	81%	
		2.2.3 - Obiettivi del Dipartimento Chirurgico nella nuova configurazione	64%	
		2.2.4 - DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	0%	
		2.2.5 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	74%	

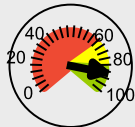
Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni		Settore	Performance
3 - ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE  92%	<u>3.1 - L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>	 100%	<u>3.1.1 - Obiettivi generali</u>	100%
	<u>3.2 - Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	 80%	<u>3.2.1 - Obiettivi generali</u>	80%
	<u>3.3 - Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	 80%	<u>3.3.1 - Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>	80%
	<u>3.4 - Monitoraggio della mobilità passiva</u>	 100%	<u>3.4.1 - Obiettivi del monitoraggio della mobilità sanitaria passiva</u>	100%
	<u>3.5 - Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere</u>	 100%	<u>3.5.1 - Inquadramento generale</u>	100%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area		Sub-Area piano delle azioni		Settore Performance
4 - AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	 68%	4.1 - AREA TRASVERSALE	 68%	4.1.1 - Obiettivi generali 75%
				4.1.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER 60%
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	 81%	5.1 - CURE PALLIATIVE	 78%	5.1.1 - Obiettivi generali 92%
				5.1.2 - Linee di Programmazione RER 65%
		5.2 - DEMENZE	 72%	5.2.1 - Quadro generale 100%
				5.2.2 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER 44%
		5.3 - EMERGENZA URGENZA-118	 58%	5.3.1 - Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario 88%
				5.3.2 - Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi 38%
				5.3.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER 50%
		5.4 - Politica del farmaco	 51%	5.4.1 - Quadro generale 37%
				5.4.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER 65%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni		Settore	Performance
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO  81%	<u>5.5 - Medicina riabilitativa</u>	 83%	<u>5.5.1 - Quadro generale</u>	83%
	<u>5.6 - PATOLOGIE CRONICHE</u>	 83%	<u>5.6.1 - Prevenzione cardiovascolare</u>	100%
			<u>5.6.2 - Nutrizione Artificiale</u>	67%
	<u>5.7 - Sviluppo reti cliniche pediatriche</u>	 80%	<u>5.7.1 - Area Territoriale</u>	64%
			<u>5.7.2 - Area Ospedaliera</u>	100%
			<u>5.7.3 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	75%
	<u>5.8 - Percorsi di salute per la popolazione immigrata</u>	 100%	<u>5.8.1 - Quadro generale</u>	100%
	<u>5.9 - SANITA' PENITENZIARIA</u>	 83%	<u>5.9.1 - Quadro generale</u>	100%
			<u>5.9.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	65%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance	
5 - RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO  81%	5.10 - Psicologia Clinica e di Comunità  100%	5.10.1 - Quadro Generale	100%	
	5.11 - Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale  100%	5.11.1 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%	
6 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI  84%	6.1 - Il Sistema Informativo a supporto della programmazione  95%	6.1.1 - Obiettivi 2018	94%	
		6.1.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	96%	
	6.2 - ACCREDITAMENTO E QUALITA'  95%	6.2.1 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	90%	
		6.2.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%	
	6.3 - Governo Clinico  63%	6.3.1 - Quadro generale 6.3.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	59% 68%	

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni		Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA  85%	7.1 - LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE  71%		<u>7.1.1 - Quadro generale</u>	43%
			<u>7.1.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	100%
	7.2 - Le strategie di integrazione in Area Vasta  100%		<u>7.2.1 - Sviluppo dell'integrazione di servizi e risorse</u>	100%
	7.3 - I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO  100%		<u>7.3.1 - Obiettivi di sviluppo del Dipartimento Valutazione e Controllo</u>	100%
			<u>7.3.2 - 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	100%
	7.4 - LA FORMAZIONE  71%		<u>7.4.1 - Obiettivi generali e specifici</u>	59%
			<u>7.4.2 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER</u>	83%
	7.5 - La comunicazione e il miglioramento dell'accesso  77%		<u>7.5.1 - Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi</u>	98%
			<u>7.5.2 - Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</u>	84%
			<u>7.5.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER</u>	50%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area	Sub-Area piano delle azioni		Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA  85%	7.6 - Le politiche del personale e sviluppo organizzativo  100%		7.6.1 - Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni	100%
			7.6.2 - Revisione organizzazione aziendale	100%
			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	100%
			7.6.4 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%
	7.7 - Il SIT e la valorizzazione delle competenze  79%		7.7.1 - Organizzazione e gestione del personale	79%
	7.8 - Sicurezza del lavoro  87%		7.8.1 - Quadro generale	74%
			7.8.2 - Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria	99%
			7.8.3 - DGR 919 - Linee di Programmazione RER	87%
	7.9 - Politiche degli acquisti e logistica  61%		7.9.1 - Obiettivi 2018	55%
			7.9.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	67%
	7.10 - Il Piano degli Investimenti  89%		7.10.1 - Gli investimenti strutturali e le attrezzature	79%
			7.10.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area	Sub-Area piano delle azioni	Settore	Performance
7 - IL SISTEMA AZIENDA	 85%	7.11.1 - Quadro generale	60%
		7.11.2 - DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	100%
	 100%	7.12.1 - Quadro generale	100%
		7.12.2 - DGR919/18 - Linee di Programmazione RER	100%

Area	1	<u>ASSISTENZA TERRITORIALE</u>	 89%
-------------	----------	---------------------------------------	---

Sub-Area piano delle azioni	1.1	<u>Cure Primarie</u>	 89%
------------------------------------	------------	-----------------------------	---

Settore	1.1.1	<u>Obiettivi trasversali del Dipartimento di Cure Primarie</u>	 70%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 2018 saranno indirizzati: 1) all'avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali (art. 1 della Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016) che propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria finalizzata ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie; al processo di riconciliazione dei NCP con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Nel 2018 il percorso di sviluppo organizzativo delle cure primarie sarà orientato prioritariamente all'accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie ed al monitoraggio sistematico dell'evoluzione organizzativa attraverso la partecipazione all'Osservatorio Cure Primarie ed all'utilizzo sistematico dei Profili di Cura.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.1.1.1	Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie			 0%
Descrizione			Rendicontazione		
Controllo e monitoraggio dei requisiti specifici (audit interno) e predisposizione della domanda di accreditamento dei Dipartimenti Cure Primarie in conformità alle indicazioni della DGR 1943 del 04/12/17 (collegato all'obiettivo 6.2.1.1)			La domanda di accreditamento è stata predisposta ed inviata in RER il 31/05/18. Tutti i requisiti specifici dei 4 DCP sono stati verificati attraverso le specifiche check list sia regionali che predisposte in conformità alla DGR 221/15. L'audit verrà realizzato nel secondo semestre.		

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3		Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	1.1.1.1		Accreditamento del Dipartimento Cure Primarie							 0%	
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
Verbale audit			U.O. Qualità/Acc.		Si/No		Si				0,00%
Predisposizione domanda di accreditamento			U.O. Qualità/Acc.		Data <=		31/12/2017				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.1.2	Riconfigurazione strutturale dell'assistenza primaria								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Avvio del processo di adeguamento agli indirizzi normativi nazionali (art. 1 della Legge 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016) che propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria finalizzata ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie, nel processo di riconciliazione dei NCP con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), sulla base degli indirizzi regionali di prossima emanazione			A seguito definizione dell'Accordo Integrativo Regionale della Specialistica che prevede la realizzazione delle AFT, aggregazioni funzionali, l'Azienda USL ha intrapreso, di concerto con le organizzazioni sindacali di categoria, il percorso di adeguamento. E' stato attivato un gruppo tecnico, coordinato dal Presidente del Comitato Zonale della specialistica, composto sia da rappresentanti della parte pubblica che da rappresentanti sindacali, che ha iniziato a lavorare sul modello organizzativo, che vede in questa prima fase la individuazione di 4 AFT (1 per Distretto), e sulla definizione del Regolamento delle AFT.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	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	
Avvio processo		Relazione DCP	Si/No		Si		Si		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.1.1.3	DGR 830/17 - Valutazione e qualità delle cure primarie			 50%

Descrizione			Rendicontazione		
Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende.			I Profili di Nucleo rappresentano ormai uno strumento di confronto routinariamente utilizzato nei NCP, l'Accordo Integrativo Locale prevede che almeno due riunioni di NCP siano dedicate al confronto sui Profili; anche per i Profili dei PLS è prevista una massima condivisione e confronto nelle UCP. L'Osservatorio Regionale Cure Primarie viene sistematicamente alimentato; con i rappresentanti del Servizio Assistenza Territoriale della RER si è proceduto ad una verifica e ad un aggiornamento dei dati nell'anagrafica delle Case della Salute. I valori raggiunti relativi agli indicatori 1 e 3 non sono rilevabili.		

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/17	
-----------------------	-------	--	-----------------------	------------	--

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
progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%				0,00%
organizzazione, in tutte le Aziende, di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
progettazione di percorsi di miglioramento	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00				0,00%
Aggiornamento dei dati nell'anagrafe delle Case della Salute per tutte le Case della Salute	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	1.1.1.4	DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriatezza prescrittiva			 100%

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.1.1.4	DGR 830/17 - Assistenza protesica - Appropriatezza prescrittiva							 100%
Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" Introduce importanti novità e cambiamenti per quanto riguarda l'assistenza protesica. Particolare attenzione viene posta all'appropriatezza prescrittiva obiettivo che vede lo sviluppo di diverse modalità e strumenti; fra questi l'individuazione di medici specialisti in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici. Nel 2018 le Aziende USL dovranno individuare competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la formulazione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili.			Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.1.5						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 830/17					
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
Predisposizione documento aziendale	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.5	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.1.5	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE							 100%	
In aprile 2017 la Regione Emilia-Romagna ha siglato, con le organizzazioni sindacali della medicina generale, un'intesa per l'adozione del software di gestione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) “Cartella SOLE”. Le Aziende devono promuovere il percorso di diffusione della cartella SSI con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura, che impegna tutte le Aziende ad agevolare il percorso fornendo tutto il supporto necessario e collaborando con i servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie Sanitarie e Socio-sanitarie). Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.				Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.5.8						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell’infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell’accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo	DGR 830/17, 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
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati		specifico flusso di riferimento		% >=		10,00%		65,75%		100,00%

Settore	1.1.2	<u>Le Case della Salute e la medicina di iniziativa</u>	 100%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le Case della Salute, 17 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 2018 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	1.1.2.1	Completamento della pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute				 100%				
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 le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.				Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.5.1						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		Riferimento Normativo	DGR 830/17, 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
N. CdS attivate/N. CdS programmate		Relazione Distretti		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.1.2.2	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo			 100%

Descrizione Il 5 dicembre 2016, con la DGR 2128/2016, la Regione ha approvato le nuove linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute. Obiettivi principali sono il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme, la collaborazione con il sociale e l'integrazione ospedale-territorio, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare basato sui principi della medicina di iniziativa. Tutte le Aziende USL dovranno promuovere l'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni nelle Case della Salute, con particolare riferimento alla strutturazione delle aree integrate di intervento, l'individuazione del referente organizzativo e del board gestionale-organizzativo.			Rendicontazione Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.5.1 e obiettivo 1.1.5.2		
--	--	--	---	--	--

Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/17, 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
Percorsi multidisciplinari attivati nelle Case della Salute e rendicontati nell'anagrafe regionale delle Case della Salute		specifico flusso di riferimento	% >=						
Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Numero Case della Salute a media/alta intensità con board gestionaleorganizzativo/ Numero delle Case delle Salute a media/alta intensità attive		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.2.3	Promozione del modello Hub&Spoke nella rete delle Case della Salute			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.1.2.3	Promozione del modello Hub&Spoke nella rete delle Case della Salute								 100%
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 anche della popolazione assistita anche 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).							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/17; 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	
Popolazione assistita nelle Case della Salute		ARA; Gestionale cedolini MMG	% >=		30,80%		31,20%		100,00%	
Progetti di telemedicina attivati		Atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si		Si		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.2.4	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità			
Descrizione			Rendicontazione		
Rispetto alla presa in carico della fragilità\complessità, e con riferimento al progetto regionale “Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)”, nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, si dovrà proseguire con il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati. Diffusione ed utilizzo nelle CdS degli elenchi e dei report inviati dalla RER			Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.5.3		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 830/17; DGR 1423/17	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.1.2.4	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - presa in carico della fragilità								
Indicatore			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 sintetico sull’implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute			specifico flusso di riferimento	Si/No				Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.2.5	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche						100%	

Descrizione				Rendicontazione						
Dovranno garantire, inoltre, l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Per la gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Aziende dovranno garantire all'interno delle Case della Salute l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Insufficienza Renale Cronica. Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC) e predisposizione di un piano di miglioramento sulla base degli esiti della indagine svolta nel 2017 (GI diabete) (collegato all'obiettivo 6.2.1.3).				Per la rendicontazione vedi obiettivo n. 1.1.5.2						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		Riferimento Normativo	DGR 830/17; 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
numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
numero di Case della Salute con impiego degli strumenti PACIC e ACIC			specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		4,00		100,00%
Predisposizione piano di miglioramento			U.O. Qualità	Sì/No						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.2.6	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - prevenzione primaria							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Dovrà essera garantita, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni) che hanno evidenziato la compresenza di più fattori di rischio.			Si è regolarmente conclusa la fase di rivalutazione ad 1 anno nelle 4 CdS coinvolte, così come nel report conclusivo trasmesso alla RER (nota prot. 0041336 del 18/06/18).						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 830/17; 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
Rispetto degli indicatori concordati nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Relazione conclusiva del progetto	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.1.2.7	Promozione e sviluppo della integrazione professionale: percorso formativo integrato per il personale delle Case della Salute							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Realizzazione di eventi formativi integrati (con particolare riferimento al consolidamento del percorso realizzato nel 2017 nelle Case della Salute del Distretto di Parma) al fine di perseguire il necessario cambiamento culturale tra i Professionisti prioritariamente orientato al miglioramento del lavoro in team ed alla costruzione dei PDTA integrati ospedale/territorio, ed alla implementazione degli elementi organizzativi ed assistenziali contenuti nella DGR 2128/16; estensione dell'esperienza ad altre realtà distrettuali .			La formazione fatta sulle Case della Salute del Distretto di Parma con il supporto di CERISMAS (Università Cattolica) si è conclusa con la presentazione dei lavori fatti dai gruppi delle diverse Case della Salute coinvolte. E' in fase di avvio un percorso formativo regionale per accompagnare lo sviluppo delle Case della Salute a cui partecipano rappresentanti dell'Azienda.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 2128/16; 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 programma formativo	U.O. Formazione		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.2.8	Valutazione della Performance								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Consolidamento del “Cruscotto Multidimensionale” definito per la Casa della Salute di San Secondo ed estensione del processo di valutazione multidimensionale ad altri contesti di Case della Salute, configurato anche sui ruoli specifici laddove individuati			Prosegue il lavoro di manutenzione ed aggiornamento del cruscotto multidimensionale delle Case della Salute con il coinvolgimento dei referenti di ogni struttura.							
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	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.2.9	Partecipazione comunitaria, patient education e promozione della salute								
										100%
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			Nel corso del 1° semestre sono stati realizzati incontri in tutti i distretti grazia alla consueta collaborazione tra i MMG delle CdS ed i professionisti aziendali. Da sottolineare il successo della strategia adottata dallo Staff della CdS di Colorno che ha realizzato un evento in collaborazione con l'associazionismo al di fuori della struttura (Circolo Anziani), premiato da una buona partecipazione della popolazione							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 2128/16; DGR 1423/17						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza Documentale		Relazione DCP	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

Settore	1.1.3	Cure Intermedie	 94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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 efficientamento dei sistemi di erogazione delle attività, hanno imposto un processo di ridefinizione della rete ospedaliera ed una forte accelerazione verso il consolidamento dei servizi di assistenza primaria territoriali, che rappresentano l'ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini. E' in questo scenario che si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari così detti di "cure intermedie" per rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche, multimorbidità e fragilità. Le cure intermedie sono costituite da un area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. Obiettivo del 2018 sarà il consolidamento del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera attraverso l'offerta di assistenza territoriale di Cure Intermedie per pazienti stabilizzati ad alta necessità assistenziale, e la individuazione dei contesti idonei per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, nel rispetto di una progettualità coerente con lo sviluppo delle Case della Salute ed in un ottica di rete sempre più integrata di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbidità e fragili con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting. Particolare attenzione andrà posta alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione dall'ambito ospedaliero.			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.1.3.1	Percorso formativo regionale finalizzato alla definizione della rete delle cure intermedie in Emilia-Romagna							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio di una riflessione regionale sulla ridefinizione del modello di rete di cure intermedie in Emilia-Romagna; partecipazione ai lavori del gruppo regionale di due professionisti dell'Azienda (Direttore Casa Salute di San Secondo, Direttore Dipartimento Valutazione e Controllo)			E' stata avviata una riflessione a livello regionale sul modello di rete di cure intermedie ed i professionisti dell'Azienda USL di Parma partecipano regolarmente ai lavori del gruppo regionale.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	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
Presenza agli incontri convocati dalla RER	Verbalì incontri		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.3.2	DGR 830/17 - Ospedali di Comunità			 66%				
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento del processo di accesso e gestione del ricovero nelle cure intermedie : la richiesta di accesso deve avvenire attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta da medico di medicina generale/medico ospedaliero/infermiere ADI; in fase di accesso il medico el'infermiere case-manager dell'Osco effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati e le figure coinvolte nel PAI con partecipazione attiva del paziente e del care-giver. Dai dati del flusso SIRCO emerge l'evidenza di una maggiore appropriatezza nell'accesso, del paziente meritevole di ricovero presso OsCo, a seguito di una valutazione multidimensionale (UVM).			Il percorso di accesso, nelle strutture a gestione diretta di AUSL, avviene attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta da MMG o Medico ospedaliero/territoriale (in ottemperanza delle indicazioni DGR 221/2015). L'Infermiere Case Manager ed il Medico dell'OsCo , con l'eventuale contributo di altri professionisti presenti nella Casa della Salute (ad es. Assistente sociale), effettuano sempre la Valutazione Multidimensionale (V.M.) per verificare il rispetto dei criteri di accesso alla struttura ed individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili e relativi tempi di realizzazione e, di fatto, facendo sempre la valutazione multidimensionale, la proposta di ricovero viene fatta prevalentemente da altre figure e non dalla UVM . Alla V.M., può fare seguito l'individuazione di altro setting assistenziale più appropriato ai bisogni del paziente e pertanto, pur non costituendo un'Unità di Valutazione Multidimensionale formalizzata, i professionisti dell'OsCo che eseguono la V.M. , operano di fatto come Unità di Valutazione Multidimensionale.						
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
Percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri (2016 30%)		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%				0,00%
Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
% PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/ numero PAI		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 2016 20,48 giorni)		specifico flusso di riferimento	Numero <=		20,00		27,37		63,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.3.3	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso la Casa della Salute di San Secondo P.se e revisione organizzativa							 100%
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.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	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	100,00%	100,00%
Documento di riorganizzazione	Atti Direzione Sanitaria		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.3.4	Consolidamento dell'attività nei posti letto di cure intermedie presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro							 100%
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 della Casa della Salute di San Secondo è ormai consolidata e prosegue regolarmente con la completa alimentazione del flusso SIRCO.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1003/16; DGR 2128/16					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.3.5	Sviluppo di posti letto di cure intermedie in strutture socio-sanitarie							 100%
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) nei distretti di Parma e Sud-Est			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), l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (14 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. Entro la fine dell'anno si prevede di avviare l'implementazione del flusso SIRCO in tutte le strutture.						
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 attività		Relazione DCP	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.1.3.6	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili							 100%
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.						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.1.3.6	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° ricoveri pazienti con BPCO (2018>2017)		Flusso SIRCO	Numero >=		47,00		56,00		100,00%
N°ricoveri pazienti con demenza (2018>2017)		Flusso SIRCO	Numero >=		53,00		66,00		100,00%

Settore	1.1.4	<u>Le cure domiciliari</u>	 85%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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 applicativo ADI-WEB ed inizierà la sperimentazione presso il Distretto di Parma dell'utilizzo del tablet, quale dispositivo mobile di registrazione dell'attività domiciliare. Applicazione di quanto previsto ex circolare n. 10/2016 per quanto attiene alle nuove tipologia di TAD introdotta: cure palliative di base e cure palliative specialistiche. Verrà data applicazione ai protocolli, esiti dei gruppi di lavoro interaziendali sull'integrazione ospedale territorio, formalizzati nell'evento formativo/informativo del 15/12/17.			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.4.1	DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette	 40%		
Descrizione			Rendicontazione		
Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie e sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Si dovrà pertanto dare applicazione, in tutti i Distretti, al protocollo interaziendale sulle dimissioni difficili/protette e, nei Distretti di Parma e Sud-Est, al protocollo interaziendale sulla presa in carico dei pazienti fragili in CRA, presentati il 15/12/17.			Per la rendicontazione vedi obiettivo 1.1.5.6		

Dimensione Performance	1		Performance dell'utente		Area Performance	1.2		Area dell'integrazione		
Obiettivo	1.1.4.1		DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette							
										40%
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
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera			specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%		35,64%		79,00%
N° consulenze richieste (2018>2017)			relazione distretti	Numero >=		0,00				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.1.4.2	Qualità Flusso ADI	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento attività gruppo aziendale per il miglioramento del flusso SIADI (almeno due incontri)			Come noto, il flusso ADI sta assumendo una rilevanza sempre maggiore in quanto fonte per il calcolo di importanti indicatori della Griglia LEA su cui le Aziende sono valutate. Al fine di garantire un forte presidio aziendale sul processo complessivo dell'assistenza domiciliare che alimenta tale flusso e rappresentare coerentemente l'attività effettivamente erogata dai servizi distrettuali, viene istituito uno specifico gruppo tecnico aziendale. Tale gruppo assorbe e sviluppa le funzioni del gruppo di lavoro a suo tempo istituito per il miglioramento della qualità del flusso ADI e, nell'immediato, dovrà analizzare i dati ADI 2017 individuando azioni di miglioramento, in quanto si è registrata una importante variazione negativa degli episodi che non sembra essere coerente con l'attività effettivamente erogata dai servizi distrettuali. Il gruppo, coordinato dal Dr. Claudio Fattibene, referente organizzativo aziendale del flusso ADI, sarà composto dal Sig. Cristian Dalla Fiora, referente tecnico aziendale del flusso ADI, dal Sig. Vincenzo Salzano, referente della reportistica ADI per il Dipartimento Valutazione e Controllo e dai referenti già individuati dai Direttori dei DCP, se confermati dagli stessi, che partecipavano al gruppo per il miglioramento della qualità del dato.		
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	1.1.4.2	Qualità Flusso ADI							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza incontri		Dip. Val. Controllo	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.4.3	Implementazione applicativo ADI-WEB							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidamento in tutti i distretti dell'utilizzo del nuovo software e sperimentazione utilizzo dispositivo mobile nel Distretto di Parma			Nel primo trimestre 2016 è stata avviata e conclusa la formazione a livello aziendale di tutti gli operatori che utilizzano il nuovo software adi-web. In data 15/03/16 è stata effettuata la migrazione dei dati da softwaew in uso a quello nuovo. Sono continuate le opportune verifiche in merito alla qualità del flusso SIADI-Repetto ed è stata programmata la fase successiva che prevede l'utilizzo del tablet al domicilio per la registrazione dei dati al letto del paziente nel Distretto di Parma. E' stato individuato come sperimentatore l' NCP Parma Centro che ha iniziato l'utilizzo dello strumento. Per favorirne il compiuto utilizzo in tutte le CdS/NCP sedi di equipe domiciliare è stato attivato il Wi-fi .						
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 attività		RIT	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.1.4.4	Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili							 100%
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.						
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 (2018>2017)		Flusso SIADI	Numero >=		376,00		398,00		100,00%
N° ADI Demenza (2018>2017)		Flusso SIADI	Numero >=		1.065,00		1.076,00		100,00%

Settore	1.1.5	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER		 95%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Promuovere l'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni nelle Case della Salute con particolare riferimento alle strutturazione delle aree integrate di intervento. Consolidare i percorsi integrati di assistenza ai cittadini (diabete mellito e scompenso cardiaco) e particolare attenzione al percorso di presa in carico integrata della BCPO. Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.1.5.1	DGR 919/18 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
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 2018, si definiscono i seguenti obiettivi: - Prosecuzione della attivazione delle Case della Salute programmate e individuazione di nuove progettualità, a livello locale, in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie - 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			Prosegue regolarmente la realizzazione, secondo il cronoprogramma stabilito, delle Case della Salute previste nella pianificazione aziendale. Il 19/06/18 è stata attivata a Parma la" Casa della Salute per il bambino e l'adolescente", di recente entrata nella pianificazione, 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 stati avviati i lavori per la realizzazione della Casa della Salute di Via XXIV Maggio nel contesto urbano del Distretto di Parma. Il 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.		
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	1.1.5.1	DGR 919/18 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. CdS con referente organizzativo/Nr CdS attive		Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		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%		100,00%
Attivazione CdS programmate per il 2018		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle CdS hub) rispetto all'anno 2017		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		17,00		17,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 919/18 - Gestione integrata delle patologie croniche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Per la gestione integrata delle patologie croniche, dovranno: - Consolidare in tutte le Aziende Sanitarie i percorsi integrati di assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco. Per il 2018, 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.			Prosegue la presa in carico nei percorsi di gestione integrata ormai consolidati (diabete e scompenso cardiaco). La presa in carico integrata della BPCO è ben strutturata nella Casa della Salute di San Secondo ed in fase di avvio nella Casa della Salute di Fontanellato; proseguono i lavori, all'interno del percorso Bocconi-Academy, del Gruppo Tecnico interaziendale per la definizione del PDTA della BPCO, presentato nel workshop del 04/06/18. 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. Particolarmente significativa la riduzione a livello aziendale dei ricoveri per BPCO (DRG 88) con una riduzione del tasso di ospedalizzazione pari al 27,07%						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1					Area della Produzione	
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 919/18 - Gestione integrata delle patologie croniche								 100%	
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO			Profili NCP	% <=		0,80%		0,80%		100,00%	
Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (num.pazienti eleggibili rispetto all'anno 2017)			Profili NCP	% >=		15,30%		21,10%		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.1.5.3	DGR 919/18 - Presa in carico Fragilità\Multimorbilità							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare			E' stato avviato 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 di prossima individuazione nei reparti di Azienda Ospedaliero/Universitaria. 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. Proseguono le attività in merito all'utilizzo dei questionari PACIC e ACIC, a partire dalle azioni di miglioramento rispetto agli esiti dei questionari somministrati nel 2017, relativamente al percorso di gestione integrata del diabete, nelle Case della Salute di Langhirano, Medesano, Colorno e San Secondo. E' stata fatta una ricaduta informativa in tutti i contesti che hanno partecipato alla rilevazione, sono state esaminate le criticità che varranno tradotte in piani di miglioramento.						
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	1.1.5.3	DGR 919/18 - Presa in carico FragilitàMultimorbilità								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
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	Si/No		Si		Si		100,00%	
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC).		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.1.5.4	DGR 919/18 - Ospedali di Comunità			 88%
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. Entro la fine dell'anno si prevede di avviare l'implementazione del flusso SIRCO in tutte le strutture. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza. Da precisare che il dato relativo alla degenza media è influenzato dalle diverse modalità organizzative e dalle diverse modalità di assistenza erogata .		
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	1.1.5.4	DGR 919/18 - Ospedali di Comunità							 88%
Indicatore	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		100,00%
Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)	Banca dati SIRCO		Numero <=		20,00		27,37		63,00%
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	Specifico flusso di riferimento		% <=		90,00%		38,80%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.1.5.5	DGR 919/18 - Assistenza protesica							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
A seguito dell'individuazione delle competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la definizione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AO SP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili, nel 2018 dovrà essere completata la formulazione degli albi dei prescrittori			Nel 2017, a cura della Direzione Sanitaria Aziendale, è stato formalizzato il documento di indirizzo con le caratteristiche, le modalità organizzative e le competenze previste per la definizione dell'albo interaziendale dei prescrittori di protesi, ortesi ed ausili. E' pienamente applicato il protocollo interaziendale per la prescrizione delle protesi acustiche che ha notevolmente migliorato l'appropriatezza prescrittiva, soprattutto in merito ai rinnovi, che ha avuto importanti effetti anche sulla riduzione della spesa. E' stato predisposto l'albo interaziendale dei prescrittori che è stato formalmente adottato con Delibera n. 950 del 27/12/18.						
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
Predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 919/18 - Continuità assistenziale - dimissioni protette			 69%
Descrizione			Rendicontazione		
Continuare ad implementare i modelli organizzativi relativi alle dimissioni protette quali 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.			Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e sono stati formalizzati tre gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie, da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, hanno lavorato sui seguenti temi: 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione. I Gruppi hanno terminato i lavori ed hanno prodotto i nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma che tra i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani, che sono stati presentati in un incontro di condivisione il 15/12/17. 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, che sarà reso attuativo nel 2019 e che contribuirà a migliorare le performance della tempestività di presa in carico nell'ADI. Il valore relativo all'indicatore n. 2 non è rilevabile.		
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	1.1.5.6	DGR 919/18 - Continuità assistenziale - dimissioni protette								 69%
Indicatore		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%		16,65%		37,00%	
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera		INSIDER	% >=		45,00%		35,13%		78,00%	
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (N. PIC di assistiti >= 75 anni/ Popolazione residente >= 75 anni)		INSIDER	Numero >=				160,97		161,00%	
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%				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.5.7	DGR 919/18 - Sistema informativo Case della Salute								 100%
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.			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	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	1.1.5.7	DGR 919/18 - Sistema informativo Case della Salute							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.5.8	DGR 919/18 - Information Communication Technology (ICT)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento.			I DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000. Nell'Azienda USL di Parma sono 220 i MMG che hanno aderito all'SSI (78,6%). Sono già 113 i MMG con la SSI installata che stanno pienamente utilizzando il software (51,3%) ed è già stata pianificata la attivazione per i rimanenti MMG che hanno aderito all'SSI; 2 MMG hanno receduto dalla adesione. Al fine di promuovere e sostenere la diffusione e l'utilizzo dell'SSI è stato attivato un Gruppo Tecnico composto da professionisti dell'AUSL, MMG e rappresentanti della società Lepida SpA, che affronta temi legati alle criticità evidenziate nell'utilizzo, studiando soluzioni e fornendo indicazioni operative anche per l'implementazione di nuove funzionalità.						
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
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE		specifico flusso di riferimento	% >=		51,30%		65,75%		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	1.2	<u>ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</u>	 95%
------------------------------------	------------	--	---

Settore	1.2.1	<u>Programmazione del settore e governo dei tempi di attesa</u>	 86%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 2018 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 2018 sono impostati in modo da perseguire i contenuti della nuova DGR 1056/2015 che ha rafforzato i livelli di attenzione posti sul mantenimento dei tempi di attesa, 30 gg per visite e 60 gg per esami strumentali, pertanto l'attività di monitoraggio dei volumi di attività specialistica prodotti e di verifica dei tempi in cui le prestazioni sono erogate, sarà una attività di particolare impegno per l'anno 2017. Particolare attenzione andrà riposta nella predisposizione dei percorsi di garanzia per le discipline critiche.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.2.1.1	Implementazione e sviluppo del modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale			 0%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.2.1.1	Implementazione e sviluppo del modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale							 0%
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.			Il Gruppo di Lavoro nominato dalla Direzione Sanitaria con nota prot. il 22/05/2018 con l'obiettivo di dare concreta applicazione all'Accordo Integrativo Regionale secondo le finalità indicate nel medesimo, ha individuato, prioritariamente, le AFT e, successivamente, ha redatto il Regolamento. La Proposta di Accordo tra l'Azienda USL di Parma e le Organizzazioni Sindacali degli Specialisti Ambulatoriali Interni in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo in data 17/12/2015 per l'istituzione delle AFT e l'adozione del Regolamento Aziendale, prevede l'individuazione di 4 AFT, corrispondenti ai 4 Distretti aziendali, e specifica i ruoli relativi al Referente di AFT, al Referente Aziendale e al Responsabile di Branca nonché le rispettive funzioni e i compiti, e definisce il Regolamento per il funzionamento delle AFT. La Proposta è stata presentata anche al Comitato Zonale del 20 Dicembre 2018 in osservanza dell'art. 16 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR. 428/2017					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spendi più possibile		COntabilità	Euro >=						
Definizione regolamento aziendale AFT e istituzione delle AFT		Relazione DD/DCP	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.2	Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.2	Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione							 100%
Nel corso del 2016 e 2017 si è proceduto ad inserire tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB, nel corrente anno si dovrà implementare l'esposizione delle prestazioni individuate dalla RER su CUP-WEB garantendo l'allineamento dell'offerta delle prestazioni individuate tra canali tradizionali (CUP) e canale informatico (CUP-WEB)			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 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. Per il valore dell' indicatore cfr. dettaglio all' obiettivo 1.2.3.1						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 172/15 DGR 1056/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso		CUP-WEB	Numero >=	80,00	80,00	85,00		100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.3	DGR 830/17 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità			Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 98% per le prestazioni con priorità D e dell'86% per le prestazioni con priorità B.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto (%) tra il numero di prenotazioni del 2016 con IP>=90% e il numero totale		MAPS	% >=		90,00%	98,00%			100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.4	DGR 830/17 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative (Circolari del 20/04 e 9/12 2016)			Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016. Allo stato attuale, terminata la fase di test, abbiamo inviato tutto l'anno 2016 e stiamo predisponendo l'invio dell'anno 2017. Entro gennaio-febbraio 2019 andremo a regime. il trend delle mancate presentazioni a causa dell'utente è in diminuzione 15.816 i casi nel 2016 e 14.947 nel 2017.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente(riduzione rispetto al 2016)		SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	Numero <=		14.947,00		12.894,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.5	DGR 830/17 - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Verifica appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari (DGR 704/2013)			Prosegue il monitoraggio della ppropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 61,93 % complessivamente su base aziendale per il primo semestre 2018 per le prestazioni oggetto della delibera. Al momento non è possibile fornire un dato definitivo della variazione dell'indice di consumo.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.5	DGR 830/17 - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche (riduzione 2017 rispetto al 2012)		Flusso ASA	% >=		20,00%		35,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.6	DGR 830/17 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizioni e Prenotazione dei controlli - ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista			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.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (aumento rispetto 2017)		Flusso ASA, DEMA, ARMP	Numero >=		80.000,00	89.371,00	85.000,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.7	Riprenotazione interna dei controlli da parte della struttura erogante							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.1.7	Riprenotazione interna dei controlli da parte della struttura erogante							 100%
Riprenotazione interna da parte della struttura erogante dei controlli			Al fine di promuovere la presa in carico dei pazienti e la riprenotazione interna delle prestazioni richieste dallo specialista sono state istituite delle 'code gestionali' ovvero la visibilità di quota parte delle prestazioni, con particolare riferimento ai controlli, da parte della struttura erogante. Nel 2017 le prenotazioni effettuate sulle code gestionali sono state 74.193 (primo semestre), mentre nel 2018 (primo semestre) sono state 120.036, decisamente in aumento.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di prenotazioni sulle code D riservate alla struttura		CUP	Numero >=		93.018,00	120.036,00	225.000,00		100,00%

Settore	1.2.2	Assistenza Odontoiatrica	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche" individuando l'età evolutiva (0-14) come destinataria di specifici programmi di monitoraggio della carie e delle malocclusioni, trattamento della patologia cariosa e correzione delle patologie ortognatodontiche (IOTN 4°-5°), con particolare riferimento ai contesti socioeconomici svantaggiati. Per le prestazioni non ricomprese nei LEA, viene prevista (dgr 1423/17) l'istituzione di un fondo integrativo regionale per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione di età 5-25 anni

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.2.2.1	Potenziamento assistenza odontoiatrica in età evolutiva			 100%

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	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1423/17					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della valutazione	Evidenza Documentale		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Partecipazione a incontri di AREA VASTA di condivisione dell'adeguamento dell'offerta	Evidenza Documentale verbali riunioni		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore	1.2.3	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 99%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono rafforzare l'impegno di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Un obiettivo fondamentale per il 2018 è la 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. Per il 2018 è previsto il monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, anche in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") coerentemente con le indicazioni ministeriali

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.2.3.1	DGR 919/18 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa			
					 96%
Descrizione			Rendicontazione		
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard;			Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 96% per le prestazioni con priorità D e dell'82% per le prestazioni con priorità B. I Distretti sono costantemente impegnati nel garantire la congruità dell'offerta rispetto alle diverse esigenze attraverso una committenza puntuale nei confronti dei produttori sia interni che esterni (Azienda Ospedaliero/Universitaria e Privato Accreditato). Funzionali al mantenimento dei tempi di attesa sono state anche le azioni in essere sul versante del governo della domanda, in primis attraverso l'utilizzo del motore semantico per la verifica dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni (ex DGR 704/11) e gli audit svoltisi nei Nuclei di Cure Primarie con i diversi attori del sistema (MMG e Specialisti)		
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.1	DGR 919/18 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa							 96%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale		% >=		90,00%		96,00%		100,00%
Indice di performance per le prestazioni urgenti differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale		% >=		90,00%		82,00%		91,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.2	DGR 919/18 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative			Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016. Allo stato attuale, terminata la fase di test, è stato inviato tutto l'anno 2016 e si sta predisponendo l'invio dell'anno 2017. Entro gennaio-febbraio 2019 si andrà a regime. il trend delle mancate presentazioni a causa dell'utente è in diminuzione: 15.816 i casi nel 2016 e 14.947 nel 2017 e 12894 nel 2018 .						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	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		12.894,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.3	DGR 919/18 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli							 99%
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			Al fine di promuovere la presa in carico dei pazienti e la riprenotazione interna delle prestazioni richieste dallo specialista sono state istituite delle 'code gestionali' ovvero la visibilità di quota parte delle prestazioni, con particolare riferimento ai controlli, da parte della struttura erogante. Nel 2017 le prenotazioni effettuate sulle code gestionali sono state 159.193, mentre nel 2018 sono state 225.248 decisamente in aumento.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	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	% >=		18,77%		18,32%		98,00%
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 >=		159.193,00		225.248,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.4	DGR 919/18 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 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.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.4	DGR 919/18 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale							 100%
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	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 rispetto al numero di viste e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP		Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		85,00%		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	1.3	<u>SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE</u>	 88%
------------------------------------	------------	--	--

Settore	1.3.1	<u>Sportello Unico Distrettuale</u>	 75%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Per facilitare l'accesso alle prestazioni, l'Azienda ha dato continuità alle azioni di miglioramento dei percorsi interni dello sportello unico distrettuale che ormai ha raggiunto una sua stabilizzazione operativa. Particolare attenzione andrà riposta, per l'anno 2018, nella predisposizione di una specifica procedura per uniformare l'accesso alle prestazioni sia a livello aziendale che interaziendale.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.3.1.1	Creazione di un nuovo portale internet							
			0%						
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento e messa on-line di un sito internet, esteso all'Area Vesta Emilia Nord, dedicato alle informazioni relative all'accesso ai servizi di Sportello Unico per i cittadini ed alle relative procedura per gli Operatori.			Sono stati predisposti i contenuti normativi che, a seguito dell'introduzione di nuove disposizioni nazionali e regionali, necessita di essere ulteriormente 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
Evidenza attività		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.3.1.2	Fascicolo Sanitario Elettronico								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Promozione dell'attivazione del FSE da parte dei cittadini			L'attività di promozione dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico prosegue regolarmente. Nell'anno 2018 sono stati attivati n. 21147 fascicoli sanitari elettronici ed il numero totale è pari a 60748.							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 >=		49.000,00		60.748,00		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	1.3.1.3	BANCA DATI NORMATIVE DI SPORTELLO UNICO								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Migliorare l'accessibilità alle fonti normative che regolano l'attività degli Sportelli Unici Distrettuali.			La banca dati viene costantemente aggiornata con la normativa in vigore e le più recenti disposizioni regionali ed aziendali							
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 ed implementazione di una banca dati normativa		programma software "al fresco"	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.3.1.4	PROCEDURA ACCESSO SPORTELLLO UNICO							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Migliorare ed uniformare le procedure di accesso alle prestazioni.			Con Delibera del Direttore Generale n. 416 del 15/06/2018 è stata adottata la nuova procedura interaziendale di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in vigore presso tutti i punti di prenotazione del territorio provinciale.						
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
Redazione di una Procedura Amministrativa per la prenotazione delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale	Atti Direzione Sanitaria		Sì/No	No	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Settore	1.3.2	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	
---------	-------	--	---

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.3.2.1	DGR 919/18 - Assistenza Protesica							
Descrizione			Rendicontazione						
A seguito dell'individuazione delle competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la definizione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili, nel 2018 dovrà essere completata la formulazione degli albi dei prescrittori			Con Deliberazione del Direttore Generale n. 950 del 27/12/2018 è stato approvato l'Albo di medici specialisti prescrittori di protesi ortesi e ausili della provincia di Parma.						
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
Predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.3.2.2	DGR 919/18 - Sistema informativo Case della Salute							 100%
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.			Il Sistema Informativo delle Case della Salute, che comprende sia il questionario relativo all'Anagrafica delle CDS sia che quello relativo all'offerta, viene periodicamente aggiornato.						
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
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	1.4	<u>SALUTE DONNA</u>	 91%
------------------------------------	------------	----------------------------	---

Settore	1.4.1	<u>Azioni di consolidamento ed integrazione</u>	 97%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.1.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.1.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita	 100%		
		Nel 2018 dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Continuerà la promozione dell'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. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.	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. Dal 2018 l'offerta del test combinato è stata estesa a tutte le gravide che ne hanno fatto richiesta: il 75 % delle gravide residenti (+25,6 % rispetto alla media regionale) 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 dei PIs entro 72 ore dalla dimissione, data l'impossibilità di iscrizione al SSN nei primi giorni dalla nascita. Si precisa che i valori disponibili del terzo e quarto indicatore sono aggiornati al primo semestre 2018.		
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	1.4.1.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
%di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico /totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva (<= media RER 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=				75,00%		
Numero gravide assistite dai consultori familiari/ totale parti (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		47,80%		53,00%		100,00%
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare		specifico flusso di riferimento	% >=		54,80%		57,73%		100,00%
% di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/ tot. dei parti di donne straniere		specifico flusso di riferimento	% >=		22,30%		23,03%		100,00%
% puerpere seguite dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/n. parti da residenti (target media regionale)		specifico flusso di riferimento	% >=				98,75%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.2	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento							 98%
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). I dati vengono raccolti dalla Pediatria di Comunità in occasione delle vaccinazioni, secondo le indicazioni regionali. Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare come definito dal PRP (setting 3.2), in collaborazione con associazioni di Volontariato, Comune di Parma, ecc.			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 state elaborate le nuove Linee Guida sull'allattamento al seno prodotte da un gruppo di lavoro interaziendale nel corso del 2018. Sono stati effettuati dei corsi di formazione per gli operatori Per approfondimenti vd. con SubArea 5.7						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.2	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento							 98%
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	Anagrafe 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
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di	% >=		28,00%		37,00%		100,00%
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di	% >=		52,00%		56,00%		100,00%
% non allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di	% <=		26,00%		29,00%		88,00%
% non allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di	% <=		21,00%		21,00%		100,00%
percentuale di dati mancanti		specifico flusso di	% <=		10,00%		5,50%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.3	DGR 830/17 - Percorso IVG							 81%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 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 degli invii delle IVG farmacologiche vengono fatte presso l' AOSP cui hanno accesso le gravide del Distretto di Parma e Sud-Est: i dati delle IVG farmacologiche dell'AUSL non identificano pienamente il lavoro dei consultori.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 533/08 DGR 1097/2011					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.3	DGR 830/17 - Percorso IVG								 81%
Indicatore		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%	20,60%	20,60%		100,00%	
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2017)		specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%	14,60%	17,00%		63,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.4.1.4	Dimissione Appropriata della madre e del neonato								
Descrizione			Rendicontazione							
Applicazione protocollo “Dimissione appropriata della madre e del neonato” con specificità per ogni territorio.			Ben consolidata l'applicazione del protocollo della "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" in tutta l'AUSL con specificità per ogni territorio Sono stati effettuati aggiornamenti sul progetto della D.A. con i Pediatri di Libera Scelta.							
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	
N. puerpere assistite/n. nati		Dati attività salute donna	% >=	30,00%	60,00%		98,75%			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.4.1.5	Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV								 100%
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.5	Integrazione nei DCP, DSM, SIP - CENTRO LDV							 100%
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 3 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	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1370 DEL 23.07.14					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti in carico LDV		Dati attività salute donna	Numero >=	7,00	10,00	15,00	28,00	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.6	Percorsi di Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio							 88%
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. La maggior parte delle gravide che non vengono prese in carico dall'AOSP (33%) vengono prese in carico dal P.O. di Vaio						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR N. 1377/2013					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.6	Percorsi di Integrazione con l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma - Gravidanza a termine ad alto e basso rischio							 88%
Indicatore	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	100,00%	100,00%
Gravide prese in carico/gravide consultorio	Dati attività salute donna		% >=	45,00%	90,00%	66,00%	67,71%	100,00%	75,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.1.7	Integrazione con i Servizi Sociali (obiettivo revisionato)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Collaborazione per il progetto "Oltre la strada" per la tutela delle vittime di sfruttamento. Elaborazione Piano di Zona in collaborazione con il comune di Parma in ottemperanza al DGR 1423/2017 in merito alla salute ed il benessere sociale ed in particolare alle Nuove generazioni e responsabilità familiari			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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.8	Promozione della salute riproduttiva (obiettivo revisionato)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.1.8	Promozione della salute riproduttiva (obiettivo revisionato)							 100%
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. In collaborazione con il servizio farmaceutico è stata attivata la procedura per la somministrazione gratuita dei contraccettivi agli aventi diritto E' stata effettuata attività di formazione per lo Spazio Giovani Adulti						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 1394/2014 - DGR 1722/2017					
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
Avvio Procedura DGR 1722/2017		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.1.9	Informatizzazione							 100%
Descrizione Informatizzazione della refertazione ecografica in collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche. Prosecuzione del processo di dematerializzazione della ricetta in tutti i Distretti			Rendicontazione Sono stati utilizzati tutti gli strumenti messi a disposizione e si prevede un miglioramento dei dati relativi alla informatizzazione della refertazione ecografiche per la diffusione del sistema di refertazione in più sedi.						
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					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	1.4.1.9	Informatizzazione								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
N. ricette dematerializzate		RIT	Numero >=	1.700,00	3.000,00	1.457,00	3.106,00	86,00%	100,00%	
N. refertazioni informatizzate/totale ecografie effettuate		RIT	% >=	45,00%	75,00%		74,22%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.4.1.10	Qualità dei Flussi informativi ASA e SICO								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
. ASA: Applicazione della procedura aziendale per la correzione degli errori . SICO: assicurare azioni organizzative necessarie al caricamento dei dati ai fini di una produzione del flusso SICO di adeguata qualità, in applicazione ai percorsi informatizzati definiti con il RIT. Presidio delle funzionalità ai fini del miglioramento dell'invio del flusso e qualità del dato			E' stato assicurato il corretto caricamento dei dati sia per quanto riguarda il flusso ASA che SICO in collaborazione con il RIT							
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Circolare N.9 del 28\11\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	
Completezza dei dati con margine di tolleranza del 1%		RIT	% >=	60,00%	80,00%	75,00%	90,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	1.4.1.11	Formazione								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Programmazione e realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei Consulitori 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.			Si è svolta nel primo semestre 2018 la formazione di presentazione del Progetto Sperimentale: "Linee di indirizzo per lo Screening della violenza domestica in gravidanza" Sono stati fatti n. 3 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	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

Settore	1.4.2	Spazio Giovani	92%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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	1.4.2.1	Punto di Accoglienza			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali			Si conferma l'attività di supporto psicologico agli adolescenti con problematiche psicorelazionali; il punto di accoglienza dello spazio giovani è attivo e l'orario di apertura è articolato su 5 giorni alla settimana.						
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	129,00	183,00	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.2.2	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente			
		 100%			
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	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.2.2	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. interventi		Dati attività Salute Donna	Numero >=	2,00	5,00	4,00	6,00	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.2.3	Educazione/Prevenzione comportamenti a rischio nell'adolescente in ambito extra scolastico							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Interventi di prevenzione in ambito extra scolastico (Centri di Aggregazione Giovanili) in collaborazione con il Comune di Parma.			Si sono svolti incontri presso Centri di Aggregazione Giovanili per la prevenzione dei comportamenti a rischio nell'adolescente in collaborazione con il Comune di Parma.						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.2.4	DGR 830/17 - Salute riproduttiva							 61%
Descrizione			Rendicontazione						
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera.			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. Il valore dell'indicatore è relativo allo Spazio giovani presente solo a Parma Centro						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.2.4	DGR 830/17 - Salute riproduttiva							
61%									
Indicatore		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 degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		7,00%	3,20%	4,29%		61,00%



61%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni			Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.2.5	DGR 830/17 - Promozione della salute in adolescenza								 100%	
Descrizione					Rendicontazione						
Garantire gli interventi di promozione alla salute 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	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	
Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) (rispetto a media regionale anno scolastico 2015/2016)		specifico flusso di riferimento		% >=		18,10%	19,30%	21,94%		100,00%	



100%

Settore	1.4.3	Spazio Giovani Adulti	100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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	1.4.3.1	DGR 830/17 - Salute riproduttiva	 100%						
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).			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. In collaborazione con il servizio farmaceutico è stata attivata la procedura per la somministrazione gratuita dei contraccettivi agli aventi diritto						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1722/2017					
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
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Settore	1.4.4	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	 73%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalle "Linee guida alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" (DGR 1921/07), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2017 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA). Dal 2017 è in atto la riorganizzazione dei punti nascita sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 e del Protocollo metodologico per la richiesta di deroga del Ministero della Salute del 2015. Tale riorganizzazione ha portato al superamento di 4 punti nascita che avevano nel 2016 un numero di parti significativamente inferiore ai 500/anno e alla concessione di deroga temporanea per altri 3 punti nascita. Le Aziende USL di Parma, Reggio Emilia, Modena e Ferrara, interessate al processo di riorganizzazione, nei distretti dove è avvenuto il superamento, dovranno mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto. (DGR919/18 pag. 49 di 106)			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.4.1	DGR 919/18 - Materno-Infantile – Percorso Nascita Area Consultoriale			 80%
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		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 dei PIs entro 72 ore dalla dimissione, anche se difficoltosa l'iscrizione al SSN dei neonati nei primi giorni di vita. Si precisa che i valori disponibili del secondo e terzo indicatore sono aggiornati al primo semestre 2018 .			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.4.1	DGR 919/18 - Materno-Infantile – Percorso Nascita Area Consultoriale							 80%
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
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/ totale parti di residenti. (rispetto media 2016)	Banca dati CEDAP		% >=		47,00%		53,00%		100,00%
Nr. donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Nr. parti di nullipare residenti	Banca dati CEDAP		% >=		56,00%		57,73%		100,00%
% di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 giorni dalla nascita.	Anagrafe regionale Assistiti		% >=		50,00%		9,92%		20,00%
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	Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.4.2	DGR 919/18 - Salute riproduttiva							 87%
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			Attualmente lo Spazio Giovani di Parma ha valenza sovradistrettuale; gli spazi dedicati ai giovani adulti sono 4, uno per ogni distretto. Il dato del secondo indicatore è relativo allo Spazio giovani presente solo a Parma Centro						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.4.2	DGR 919/18 - Salute riproduttiva								 87%
Indicatore		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%		4,29%		61,00%	
Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti.		Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00	4,00	4,00		100,00%	
Numero Spazi Giovani nei distretti.		Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie	Numero >=		1,00	1,00	1,00		100,00%	

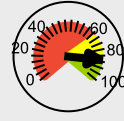
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.4.4.3	DGR 919/18 - Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			Prosegue il monitoraggio dei dati relativi all'allattamento al momento delle vaccinazioni. Sono state messe in atto numerose attività per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare, come da DGR 919/18, attraverso interventi in rete in collaborazione con i Punti Nascita AOSP e dei P.O., i Centri per le Famiglie dei Comuni, le Associazioni ed i PIs. Per approfondimenti vd. con SubArea 5.7							
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	
% allattamento completo a 5 mesi.		Flusso AVR	% >=		36,68%		37,34%		100,00%	
% allattamento completo a 3 mesi.		Flusso AVR	% >=		55,93%		56,37%		100,00%	
% non allattamento a 3 mesi		Flusso AVR	% <=		20,53%		18,75%		100,00%	
% non allattamento a 5 mesi		Flusso AVR	% <=		28,69%		26,53%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.4.4	DGR 919 - Promozione della salute in adolescenza			
					 100%

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%		21,94%		100,00%

Obiettivo	1.4.4.5	DGR 919/18 - Procreazione Medicalmente Assistita - Area Consultoriale							
		 0%							
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 Presidio Ospedaliero Aziendale si effettua il primo livello di PMA.			L'area consultoriale, attraverso l'apertura degli spazi giovani adulti, fornisce informazioni sulla possibilità di donazione dei gameti e sul percorso interaziendale della PMA.						
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
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati.	Sistema informativo della donazione		% >=		90,00%				0,00%

Sub-Area piano delle azioni	1.5	<u>SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>	 82%
------------------------------------	------------	---	---

Settore	1.5.1	<u>Obiettivi di sistema e trasversali</u>	 87%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

I punti chiave del programma proposto per il DAI-SMDP in continuità con il lavoro realizzato in questi sei anni, nell'ambito delle disposizioni normative e programmatiche sono i seguenti:

Attivazione della Casa della salute del bambino e adolescente e la strutturazione dei relativi nuovi percorsi. Consolidamento percorsi 0-3, DSA e ADHD. Completamento e stabilizzazione del Progetto Regionale Integrato Autismo con particolare riferimento all'adolescenza-età adulta. Attivazione dei percorsi psicopatologici 0-25 anni, attuazione circolare 1/2017 (percorsi di cura adolescenti. Accordo con AzOU per NPIA e conseguente revisione assetto E-U e percorsi clinici. Consolidamento attività e adeguamento spazi RTI-Minori di San Polo. Contributo alla programmazione e qualificazione della rete socio educativa, attività sperimentali, risposte ai minori autori di reato, prevenzione allontanamenti (applicazione DGR 1102/2014). Interventi precoci e prevenzione abuso, maltrattamento, neglect, abbandono scolastico.

Esplicitazione del programma per i giovani adulti declinando in tal senso la ristrutturazione della RTI Santi e di almeno una struttura socio sanitaria. Definizione percorsi per adolescenti e giovani adulti in ambito ospedaliero. Revisione della rete residenziale psichiatria e dipendenze, con risposte volte alla formazione lavoro, all'inclusione sociale e all'attivazione dei contesti. Costruzione di risposte per soggetti con uso problematico di sostanze e quadri psicopatologici. Completamento del Progetto Vigheffio (progetto ex OPG) e promozione di nuove forme gestionali. Ulteriore sviluppo del Budget di Salute. Ridefinizione in relazione alla nuova normativa percorsi giudiziari (REMS e negli Istituti di Pena). Collocazione a Vaio dei servizi di Fidenza ora in via Berenini.

Spdc: verso l'abolizione delle contenzioni, "porte aperte" e qualità delle cure. Completamento programma DCA, Esordi psicotici, Disturbi gravi della personalità.

CSM revisione sistema accessi in relazione alle Case della Salute. Prevenzione e stili di vita. Qualificazione interventi psicosociali precoci e integrati, valorizzazione automutuoaiuto e sperimentazione Facilitatore sociale. Sviluppo della psicoterapia.

DP progressiva definizione dei percorsi secondo il modello della Stepped care nei diversi percorsi (tabagismo, alcool) Programma Gambling. Differenziazione dell'offerta degli Enti Ausiliari. Attività medico legali DP nuova sede. Percorso Cocaina, sperimentazione Percorsi per Dip. da internet.

Gruppo per Medicina di genere. Formazione e governo clinico. Comunicazione. Ricerca e Valutazione degli esiti (Value e Valore sociale aggiunto).

Ricambio generazionale. Stabilizzazione del precariato.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.5.1.1	Percorsi Integrati Ospedale-Territorio							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati. (scheda 33) Particolare attenzione viene posta al monitoraggio delle consulenze richieste ai Servizi DAIS DP presso i PS, con riferimento al livello ottimale riportato in letteratura			L'attività e' proseguita sulla scorta del buon risultato dello scorso anno. E' stato presiposto il percorso della reperibilità Neuropsichiatrica infantile presso la residenza di San Polo.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	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
Consulenze effettuate presso i Pronto Soccorsi/ ingressi totali ai PS Parma e Fidenza		UO SPOI e UOC Fidenza	% <=		2,00%		1,89%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.5.1.2	La salute mentale nella Case della salute							 99%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.5.1.2	La salute mentale nella Case della salute								
Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.(Scheda 1) 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 SMDP nelle Case della Salute.			Si confermano tutte le attivita' gia' messe in opera nello scorso anno. Da febbraio e' stata rivista l'articolazione per l'effettuazione delle consulenze psichiatriche da parte dei medici dei CSM presso le CRA del Distretto di Parma, e di queste attivita' viene tenuto il monitoraggio su numero di consulenze effettuate e la loro appropriatezza. In ambito Leggieri e' stato effettuato un incontro con il Dipartimento di Cure Primarie allo scopo di individuare future linee di sviluppo della collaborazione.						 99%	
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		2.299,00		98,00%	
Presa in cura condivisa in ambito Leggieri		atti DAI SMDP-DCP	Numero >=		951,00		1.077,00		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.3	Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico				 100%			
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.3	Qualità ed accreditamento / Comunicazione/ Governo Clinico							 100%
In base al Piano triennale per lo sviluppo della Qualità del DAI-SMDP, nel corrente anno si effettueranno azioni volte a proseguire l'adeguamento ai requisiti previsti per le RTE e a mantenere aggiornati sia della Carta dei Servizi che del Sito Verrà realizzata una nuova indagine sulla qualità percepita in ambito SMA e DP Prosecuzione del percorso di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento regionale Prosecuzione e monitoraggio degli elementi cardine del Governo clinico			La Carta dei servizi è stata realizzata e pubblicata. Per il Sito, in sinergia con l'Ufficio Comunicazione, si è provveduto a realizzare durante tutto il 2018, un'attività di aggiornamento ed ottimizzazione delle pagine, anche attraverso l'attivo coinvolgimento delle articolazioni dei Servizi del DAISMDP. Il report del Governo clinico, che rientra nei prodotti di Direzione, è stato regolarmente realizzato e condiviso in Comitato di 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
Realizzazione nuova Carta dei Servizi	atti DAISMDP		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Indagine qualità percepita 2017	atti DAISMDP		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Report Dipartimentale sul Governo Clinico	atti DAISMDP		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.5.1.4	Formazione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	1.5.1.4	Formazione								
			100%							
Potenziare l'attuale assetto rivolto ad elaborare proposte formative sulla base delle esigenze di integrazione tra le aree disciplinari e le componenti multiprofessionali,valorizzando le competenze individuali presenti e di attivando le potenziali sinergie tra le stesse. Implementare lo sviluppo di attività formative con particolare riferimento al Budget di salute, con ruolo di Responsabilita' di coordinamento a livello Regionale Realizzazione del progetto nazionale sulla riduazione delle disuguaglianze all'accesso ai Servizi di promozione della Salute. Collaborazione alle attivita' sulle politiche per l'equita' dell'accesso e della Health literacy, ai sensi della scheda 27 DGR 1423/2017			Secondo la programmazione presentata ad inizio anno, e' proseguita l'attivita' formativa, con particolare attenzione alle tematiche del Budget di salute, per le quali l'Azienda e' capofila regionale. Si e' realizzato un evento formativo dedicato al BdS a valenza multidistrettuale (Distretto di Parma e Sud Est) per favorire la diffusione del modello di intervento secondo le linee regionali individuate da Tavolo di lavoro in cui le attivita' di Parma sono proseguite con il ruolo di coordinamento. Il piano della formazione e' stato sviluppato in modo coerente con le linee di programmazione aziendali, raccogliendo le proposte attraverso la rete della Formazione dipartimentale, ed e' stato condiviso sia in fase di programmazione che di verifica nel Comitato di Dipartimento.							
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
Eventi del Progetto Formativo Regionale Budget di Salute nei Distretti in almeno due distretti			eventi	Numero >=		2,00		2,00		100,00%
Piano formativo			atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	1.5.1.5	Innovazione e ricerca							
			50%						
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	1.5.1.5	Innovazione e ricerca  50%							
Prosecuzione dell'attivit� di sviluppo dei programmi di innovazione, di indagine scientifica e di ricerca			E' stata avviata 'attivit� di ricerca con l'Azienda USL di Mantova e di Matera, finanziata dall'ISS, sul tema dei disturbi del linguaggio. In maniera integrata con l'Universit� di Parma, � proseguita l'attivit� di ricerca e pubblicazione coordinata dal UOC SPO. E' stato realizzato progetto di ricerca dedicato alla valutazione dgli esiti del bds nel percorso esordi psicotici su mandato della RER. L'evento Publication day costituisce momento di socilaizzazione dei risultati dei principali progetti di ricerca del dipartimento, con partecipazione attiva dei referenti dei singoli progetti e degli operatori dei servizi.						
Obiettivi Performance	3.1.1	Attivit� 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		34,00		100,00%
Evento "Publication day"		atti DAISMDP	S�/No		S�				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.5.1.6	Sistema informativo/ Comunicazione			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Il DAISM DP di Parma partecipa alle attività legate alla progettazione e alla realizzazione della futura cartella clinica informatizzata Regionale in ambito DAISM DP sin dalle primissime fasi. Nel 2018, verranno realizzate le primissime attività di test per l'Area SMA In nuovo sistema sarà fortemente interfacciato con il Fascicolo Sanitario elettronico e con la Piattaforma Sole			Le attività del Rferente per il Sistema informativo, in qualità di membro dello staff di coordinamento regionale, sono proseguite per tutto il 2018. I test del nuovo sistema di applicativo unico Regionale (Dossier) sono stati rimandati al 2019 per il prolungarsi dei tempi relativi all'istituzione della gara di appalto e alla sua pubblicazione. Verranno effettuati nel corso del 2019		

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3		Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.6		Sistema informativo/ Comunicazione							 100%	
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	
Effettuazione dei test secondo le indicazioni regionali			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.5.1.7	DGR 1423/2017 Percorsi giudiziari	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Supporto ai percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentiva, in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), o non detentiva (scheda 8) La chiusura degli OPG italiani è stata disposta dalla legge e pertanto la Regione ha predisposto un programma per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven. Per tutte le Ausl: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS. Elaborazione di proposta di cruscotto finalizzato alla definizione di percorsi giudiziari anche alternativi alla REMS.			Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari e' stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura. Esito dell'attiva' di cruscotto e' la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attivit� di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticita' e le proposte migliorative.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 8 e DGR 830/2017	



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.5.1.7	DGR 1423/2017 Percorsi giudiziari							 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
num di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/ num residenti ammessi nelle REMS	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.1.8	Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Gli indirizzi regionali individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione sanitaria e sociale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Vanno definite annualmente le risorse che l'Azienda USL mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute. Promuovere azioni di formazione e aggiornamento coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e le associazioni di familiari e utenti.			E' continuata l'attività di programmazione e definizione delle procedure applicative del Budget di salute, mediante attività formative in ambito regionale e locale. E' stata completata la ricerca relativa all'utilizzo del Budget di salute nei pazienti con esordio psicotico. E' stata realizzata anche una adeguata azione di coinvolgimento del CUF e i Forum degli utenti nell'applicazione dello strumento. Si e' provveduto ad un iniziale rimodulazione della rete residenziale socio sanitaria, in particolare nel Distretto di Parma, ai fini di implementare i Budget di salute. Anche in ambiti quali quello della neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche si e' sviluppata la metodologia d'intervento del progetto personalizzato con budget di salute.						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 830/17 -					
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 definizione risorse	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
organizzazione di eventi formativi	specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.1.9	Medicina di genere							
									100%
Descrizione			Rendicontazione						
Costituzione 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 (come ad esempio screening, contraccezione ecc.) e alla programmazione di trattamenti che tengano conto delle differenze di genere			Nel secondo semestre sono continuate le attività del Gruppo e sono iniziati gli incontri per la definizione del percorso per la disforia di genere. Nell'ambito dell'iniziativa degli Ospedali in Rosa, in collaborazione con il Comune di Parma e l'UO Salute Donna del Dipartimento di cure primarie di Parma, è stato promosso un incontro pubblico in ottobre sulle problematiche connesse alla gravidanza e al post partum intitolato “Disturbi emozionali in gravidanza e nel post-parto”						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	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
Documento costitutivo		Atti DAISM DP	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.5.1.10	Disturbi del comportamento alimentare							
			0%						
Descrizione			Rendicontazione						
Attuazione del PDTA aziendale e miglioramento della la 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			E' stata data piena applicazione all'apposito PDTA						
Effettuazione di almeno un audit di valutazione del PDTA									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 17					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di Audit		Atti DAISM DP	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.5.1.11	Gravi disturbi della personalita'	 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Attuazione, in Sede aziendale e nelle singole UUOO, delle linee di indirizzo regionali relative ai Gravi Disturbi della personalita'			Sono proseguite le attivita' del Gruppo di lavoro dedicato, con particolare interesse alla rilevazione dello stato attuale di applicazione delle linee di indirizzo nei Servizi. Sono state altresì avviate le						
Attivazione dello specifico gruppo di lavoro, al fine di definire i percorsi operativi delle diverse UUOO e con le relative attivita' formative e di supervisione			attivita' di definizione del Percorso clinico assistenziale specifico						
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
Documento di organizzazione e attuazione		Atti DAISM DP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.5.1.12	Esordi Psicotici					 100%			
Descrizione				Rendicontazione						
Attuazione, in Sede aziendale e nelle singole UUOO, delle raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all' Esordio Psicotico e costruzione del PDTA aziendale a partire dalla specifica Procedura sugli esordi psicotici				E' stata data piena applicazione all'apposito PDTA e lo specifico Gruppo di lavoro. Il percorso e' stato altresì rimodulato secondo le specifiche aree disciplinare.						
Attivazione dello specifico gruppo di lavoro, al fine di definire i percorsi operativi delle diverse UUOO e con le relative attivita' formative e di supervisione				E' proseguita poi l'attivita' dell'apposito cruscotto e la relativa pubblicazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attivita' di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticita' e le proposte migliorative.						
Obiettivi Performance				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
Produzione del PDTA aziendale		Atti DAISM DP		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore	1.5.2	Area Psichiatria Adulti	<
---------	-------	-------------------------	--

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.5.2.1	Appropriatezza nell'utilizzo della rete ospedaliera e residenziale	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Prosecuzione delle attività di "cruscotto" per la gestione integrata degli accessi ospedalieri e residenziali intensivi per ricoveri in fase di acuzie.			E' proseguita l'attività dell'apposito cruscotto e da quest'anno si è proceduto alla pubblicazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative. La revisione della rete residenziale ha tenuto conto delle linee di intervento sui bisogni emergenti, privilegiando l'innovazione e l'ottimizzazione delle risorse		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.5.2.1	Appropriatezza nell'utilizzo della rete ospedaliera e residenziale								 100%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale			Report inviati dal Cruscotto	Numero >=	22,00	44,00	23,00	46,00	100,00%	100,00%
Piano di revisione della rete residenziale			Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	1.5.2.2	Attuazione Programma per le contenzioni fisiche c/o SPDC								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Prosecuzione attività in materia di contenzioni fisiche presso l'SPDC.			Al fine di mantenere l'ottimo risultato degli scorsi anni , confermato da sole 5 contenzioni durante tutto il 2018, si e' provveduto ad azioni di sensibilizzazione e formazione del personale, culminate con il seminario dal titolo “Del prendersi cura” a cui ha partecipato il prof. Eugenio Borgna. Il processo di monitoraggio delle contenzioni prosegue le sue attivita'.							
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	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	
Registro contenzioni pazienti non intossicati		atti SPDC	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

Settore	1.5.3	Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	 79%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Attivazione della Casa della salute del bambino e adolescente e la strutturazione dei relativi nuovi percorsi. Consolidamento percorsi 0-3, DSA e ADHD. Completamento e stabilizzazione del Progetto Regionale Integrato Autismo con particolare riferimento all'adolescenza-età adulta. Attivazione dei percorsi psicopatologici 0-25 anni, attuazione circolare 1/2017 (percorsi di cura adolescenti. Accordo con AzOU per NPIA e conseguente revisione assetto E-U e percorsi clinici. Consolidamento attività e adeguamento spazi RTI-Minori di San Polo. Contributo alla programmazione e qualificazione della rete socio educativa, attività sperimentali, risposte ai minori autori di reato, prevenzione allontanamenti (applicazione DGR 1102/2014). Interventi precoci e prevenzione abuso, maltrattamento, neglect, abbandono scolastico.			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.5.3.1	DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018			 100%
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 2017, 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 c		L'obiettivo, già da un paio di anni all'attenzione del Dipartimento, continua ad essere monitorato e realizzato. Nel 2018 è stata rinnovata la Convenzione con Fondazione Bambini e Autismo, ed è iniziato la progettazione per dare risposte ai soggetti adolescenti e giovani adulti. In questo quadro il DAI-SMDP partecipa al programma inter-regionale con l'Istituto Superiore di Sanità. Sono continuati gli incontri con le Associazioni delle famiglie e la partecipazione, per quanto di competenza, alla realizzazione dei Progetti di Vita.			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.3.1	DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018								 100%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero medio di ore settimanali per bambino			specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		100,00%
Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.3.2	Polo Pediatrico (Casa della Salute del Bambino e Adolescente)							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Apertura del nuovo Polo Pediatrico			Il Polo pediatrico e' stato inaugurato ed e' operativo a partire dalla fine del semestre						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	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
Evidenza documentale		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.3.3	DGR 1423/2017 Piano Accesso							 50%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.3.3	DGR 1423/2017 Piano Accesso			 50%				
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 limti fissati dalla normativa.			I tempi di attesa della NPIA rappresentano a tutt'oggi un'area molto critica delle attivita' del dipartimento, anche in relazione ad una elevata e persistente domanda. E' stato effettuato un incontro con i Pediatri di libera scelta per coordinare e definire attivita' di appropriatezza prescrittiva e di invio. Si sono tenuti incontri con i Pediatri di Libera Scelta al fine di migliorare l'appropriatezza nei percorsi di Accoglienza Valutazione Diagnosi. Si sono ulteriormente definiti i Percorsi per O-3 anni, Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi del Linguaggio, Specifici dell'Apprendimento, DCA, Esordi, Adolescenza secondo un modello basato sull'intensità di cura età, fase specifica e contestualizzati.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1423 scheda 32					
Indicatore		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%	55,20%	61,00%	79,00%	68,00%
Percentuale delle prenotazioni entro 30gg tramite prenotazione CUP		Sistema informativo CUP	% >=	60,00%	90,00%	26,50%	29,20%	44,00%	32,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.3.4	Progetto Regionale DSA							
									
								100%	
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.5.3.4	Progetto Regionale DSA								
			100%							
Consolidamento delle Attività Neuropsichiatriche nell'ambito del programma DSA			Sono proseguiti con regolarita' gli incontri del Gruppo di conformita', nella misura di 26 incontri ed è continuata la collaborazione con l'Università di Parma e i professionisti privati							
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		26,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.5.3.5	DGR 1423/2017 Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
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, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatria di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.) Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla 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 Attivazione di Equipe Funzionali in ogni Distretto, ai sensi della Circolare 1/2017			Le attività sono in corso di realizzazione in vari ambiti. E' stato aggiornato il cruscotto delle strutture socio educative per minori, al fine di facilitare un processo di qualificazione dei percorsi. Sono stati predisposti gli atti per l'attivazione in ogni Distretto delle Equipe Funzionale Adolescenza in interazione con Spazi Giovani. Si stanno rivedendo i percorsi di Emergenza Urgenza e predisponendo il Progetto Giovani in Pronto Soccorso. Continua l'attività della RTI Minori di San Polo.		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.3.5	DGR 1423/2017 Interventi precoci, cura e sostegno per adolescenti e giovani							 100%
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Circolare 1/2017					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Relazione Milestone		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Revisione della documentazione Emergenza Urgenza per minori		Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	1.5.3.6	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Passaggio servizi età adulta							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare: -effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta			E ' attivo il gruppo di lavoro per la transizione da NP/IA/Psichiatria adulti che è attivo in tutti i distretto						
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. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico		Report Team Autismo	% >=		100,00%				0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.3.7	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura							 100%
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 e 1904 e successive modificazioni			L'attività è proseguita, con particolare attenzione alla struttura di San Polo. Il report semestrale è stato realizzato regolarmente e pubblicato. Sono state individuate azioni di miglioramento anche attraverso la collaborazione con Asp e Comuni per l'applicazione della DGR 1102/2014						
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 scheda 37					
Indicatore		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		cruscotto	Numero >=	1,00	2,00	1,00	2,00	100,00%	100,00%

Settore	1.5.4	Area Dipendenze Patologiche	</
---------	-------	-----------------------------	--

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.5.4.1	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari	 50%		
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-alcolodipendenza); 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.			L'attività e gli incontri dell'area diagnostica e trattamentale sono proseguiti regolarmente, nella misura di in 2 incontri al mese del GOT (Gruppo Osservazione e Trattamento) e di 2 incontri al mese dell' ULPS (Prevenzione Rischio Suicidio) E' stato data applicazione alle indicazioni regionali , con particolare attenzione alle azioni di prevenzione del condotte autolesive e del suicidio.		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 8	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.4.1	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari							 50%
Indicatore	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		48,00		0,00%
Presa in carico di detenuti diagnosticati per dipendenza patologica con disturbi gravi	Sistema informativo SistER		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.4.2	"Programma" Dipendenze Patologiche							 100%
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)			Le attività sono proseguite regolarmente						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1423/2017 scheda 4					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero incontri CLM (Commissione locale di monitoraggio)	Verbali CLM		Numero >=		4,00		4,00		100,00%
Numero Progetti su Budget di Salute	Sistema Informativo CT		Numero >=		10,00		12,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.4.3	Nuove dipendenze  0%							
Descrizione			Rendicontazione						
Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto (scheda 19)			E' in corso di predisposizione e la delibera per i fondi regionali dedicati al GAP e' stata approvata						
Promozione e sviluppo del PDTA Gioco d'azzardo Patologico									
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
Realizzazione e delibera PDTA GAP		Evidenza documentale	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.5.4.4	Attivita' di prossimita'								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Monitoraggi/ mappatura delle realta' giovanili per le nuove dipendenze e modalita' di assunzione, facilitazione dell'invio dei medesimi ai servizi di cura sert			Gli incontri dell'Unita' di strada sono proseguiti con regolarita'							
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	
Presenza e conoscenza dei gruppi giovanili marginali nel territorio cittadino: numero di uscite sul territorio		Evidenza strutturale/atti DAISMDP	Numero >=		20,00		93,00		100,00%	

Settore	1.5.5	<u>DGR 919/18 Linee di Programmazione RER</u>		 79%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER. (DGR 919/18 pag. 54 di 106)				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione	
Obiettivo	1.5.5.1	DGR 919/18 - Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"				 100%
Descrizione			Rendicontazione			
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, équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici con l'apporto dei consultori, dei CSM, della NPJA, dei Servizi per le dipendenze.			Le attività per la formazione delle équipes funzionali sono in corso di realizzazione in tutti i distretti. Sono in corso di aggiornamento i protocolli per la gestione dell'EU già stilati nel corso del 2013 ed in attuazione della delibera 914/2018 stiamo realizzando il progetto per la messa a punto di percorsi di accoglienza e trattamento di adolescenti e giovani che accedono ai PS. Sono state attuate le équipes di transizione all'età adulta al fine di assicurare la continuità delle cure. Sono stati attivati percorsi formativi e di intervizione. L'Asul di Parma partecipa alla formazione per l'utilizzo dell'Approccio Dialogico (Open Dialogue) nell'ambito del Progetto Adolescenza con l'obiettivo di migliorare la capacità di intervento integrato con gli adolescenti (PSSR Scheda 34). A giugno 2018, a Parma è stata aperta la Casa della Salute per il Bambino e l'Adolescente nella quale sono stati collocati tutti i servizi per gli adolescenti (Spazio Giovani, Centro Adolescenza della NPJA) con revisione dei percorsi di accesso. Continua l'attività della RTI-Minori di San Polo di Torrile ed è in atto la riconversione di una Struttura per accogliere minori con provvedimenti giudiziari, secondo lo specifico progetto regionale.			
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	1.5.5.1	DGR 919/18 - Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale.		rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%
Nr. Di équipes funzionali attivate		rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.5.2	DGR 919/18 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018							 67%
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 2018, 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			L'attività è proseguita regolarmente. Sono stati fatti incontri con i Pediatri di libera scelta al fine di facilitare l'accesso e la diagnosi precoce, anche attraverso l'utilizzo della CHAT. Sono state assicurate secondo programmi personalizzati gli interventi nella fascia di età 0-6 secondo le indicazioni della DGR 212/2016 anche mediante la collaborazione con Fondazione Bambini e Autismo, le Cooperative sociali, tutte con personale adeguatamente formato. E' stata assicurata la continuità di cura mediante la rivalutazione funzionale in UVM di tutte le persone al 16° anno di età. Sono stati attivati Progetti personalizzati mediante l'utilizzo sperimentale del Budget di Salute al fine di raccordare il Programma di cura e il Progetto di Vita. Sono continuati gli incontri del Tavolo per i Disturbi dello Spettro Autistico al fine di procedere insieme agli Enti locali ad una valutazione congiunta con le associazioni dei familiari e l'apporto della cooperazione sociale dei bisogni che porti ad una rimodulazione dell'offerta di servizi in grado di dare risposte alle persone in uscita dal percorso scolastico facilitando l'autonomia possibile e il "solievo" delle famiglie.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.5.5.2	DGR 919/18 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018							 67%
Indicatore		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		100,00%
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				0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.5.3	DGR 919/18 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Definire annualmente le risorse che l'Ausl mette a disposizione del DSM-DP per l'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.			Le risorse sono state definite, sia sanitarie in ambito Aziendale che all'interno di un progetto inserito nel Piano di Zona del Distretto di Parma, in collaborazione con l'Ente Locale, che ha messo a disposizione risorse Sociali. L'Asul di Parma, capofila regionale per i Progetti terapeutico riabilitativi con Budget di Salute, ha curato la realizzazione di uno specifico volume dedicato al Budget di salute (in corso di stampa) quale esito di specifico Gruppo regionale che nel biennio 2017-18 ha realizzato attività formative in tutti le aziende con il coinvolgimento degli Enti locali, cooperazione sociale, associazioni. E' stata completata la ricerca sull'utilizzo del Budget di salute nei soggetti all'Esordio Psicotico. Il Dipartimento ha curato il percorso di confronto interaziendale tra i DAISM DP della Regione e le e rappresentanze degli Enti locali, che ha condotto alla stesura della Circolare Regionale dedicata al percorso UVM e al Budget di Salute						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	1.5.5.3	DGR 919/18 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale							
									50%
Indicatore		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 definizione delle risorse.		rendicontazione del DSM-DP sul fonte regionale SM	Sì/No		Sì				0,00%
Nuovi progetti con bdg 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	% >=		30,00%		93,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.5.5.4	DGR 919/18 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Presidiare 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			I progetti sono stati realizzati secondo i tempi definiti, come di consueto cercando di dare attuazione ai PTRI secondo normativa. Il DAI-SMDP ha attivamente partecipato alla stesura del Protocollo tra Regione Emilia Romagna, Magistrature di Sorveglianza e Cognizione, UEPE. E' stato realizzato uno specifico corso di formazione per il personale con riferimento AVEN. Sono stati tenuti interventi in diversi convegni e numerose pubblicazioni. A febbraio si è collaborato con la Società della Ragione per l'allestimento della mostra di Sambonet. Altre iniziative sono previste nel piano formativo e nell'ambito della Rassegna sulla salute mentale 2018. Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari e' stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura. Esito dell'attività' di cruscotto e' la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative. Esito dell'attiva' di cruscotto e' la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attiva' di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticita' e le proposte migliorative.		

Dimensione Performance	1		Performance dell'utente		Area Performance		1.2		Area dell'integrazione			
Obiettivo	1.5.5.4		DGR 919/18 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia							 100%		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale			Riferimento Normativo							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/ Nr. residenti ammessi nelle REMS.			SMOP - Sistema informativo per il superamento degli OPG		% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	1.6	<u>SANITA' PUBBLICA</u>	 99%
------------------------------------	------------	--------------------------------	--

Settore	1.6.1	<u>Quadro Generale e attività trasversali</u>	 100%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

PERCORSO DI ACCREDITAMENTO: nell'anno 2018 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 previsti per l'anno 2018.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.6.1.1	Percorso di accreditamento							
Descrizione			Rendicontazione						
Esecuzione degli audit interni del DSP			Effettuati gli audit interni a tutti i servizi DSP nel mese di dicembre 2018 come da programma (protocolli 80999 – 81003 – 81001 – 80997 – 81002 - 81000 del 05/12/2018)						
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	Si/No				Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.1.2	Piano Regionale della Prevenzione			
		100%			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.1.2	Piano Regionale della Prevenzione							 100%
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE: si procederà ad attuare i programmi di applicazione del piano regionale della prevenzione 2015 - 2018 previsti per l'anno 2018.			Elaborati i piani di attività di tutti i servizi DSP che prevedono l'attuazione delle azioni e dei programmi previsti dal PRP. L'esecuzione dei piani si è svolta in linea con quanto programmato						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 744/13				
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
Presenza nei piani di attività dei Servizi delle azioni previste per il 2018		Piani attività dei Servizi	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.6.1.3	DGR 830 del 12/06/2017 LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2017							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 1,1 Piano Regionale prevenzione, pag 4)			Le azioni previste nel piano della prevenzione sono state perseguite e gli indicatori sentinella hanno raggiunto il 95% dell'obiettivo prefissato per l'anno 2018. Effettuati nel rispetto delle scadenze regionali gli invii dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2017 in data 29/3/2018 e ai deceduti nel primo semestre 2018 in data 26/10/2018						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo	DGR 830/17				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.6.1.3	DGR 830 del 12/06/2017 LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2017							
 100%									
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
raggiungimento degli standard previsti degli indicatori sentinella per l'anno 2018		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		100,00%
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (rispetto al marzo 2018 consuntivo 2017 ottobre 2018 primo semestre 2017)		Protocollo	Si/No		Si		Si		100,00%

Settore	1.6.2	Igiene e Sanità Pubblica	 97%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2018 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.2.1	Pianificazione e Programmazione 2018							
			 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Piano di attività 2018 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato e condiviso il Piano Attività 2018 del SISP scomposto in aree disciplinari con allegato report di budget (Prot. 11742 del 21/02/2018). Prodotta "Relazione attività SISP anno 2017" (Prot. n. 15386 del 07/03/2018)						
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 2018, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Si/No		Si		Si		100,00%
Produzione della relazione finale anno 2017		Protocollo relazione finale	Si/No	Si		Si	Si	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.2.2	Igiene Ambiente			
		 100%			
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 Ambiente con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Al 31 dicembre l'attività media si è attestata al 90% del programmato		

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1		Area della Produzione			
Obiettivo	1.6.2.2		Igiene Ambiente							 100%	
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
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento di budget al 31.12.2018		% >=	45,00%	90,00%	37,00%	90,00%	82,00%	100,00%



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.2.3	Sorveglianza malattie infettive								 100%
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 Profilassi e Malattie infettive con l'indicazione dei volumi di attività previsti. L'attività al 31 dicembre si è svolta nel rispetto della programmazione delle aperture degli ambulatori. E' stato garantito il 100% di vaccinazioni effettuate su quelle richieste (n. 31191 effettuate su n. 31191 richieste)						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	Circolari regioni specifiche					
Indicatore		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 31.12.2018		% >=	45,00%	90,00%	45,00%	90,00%	100,00%	100,00%



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.2.4	Medicina Legale								
										100%
Descrizione			Rendicontazione							



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.2.4	Medicina Legale								 100%
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 nei dodicei mesi dell'anno è stata garantita da tutti gli operatori in media al 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 31.12.2018		% >=	45,00%	90,00%	45,00%	90,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.2.5	Medicina dello Sport								
			100%							
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 Medicina Sportiva con l'indicazione dei volumi di attività previsti. Gli operatori hanno rispettato la programmazione e garantito tutte le aperture previste garntendo l'attuazione del piano di lavoro al 90%							
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	
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale		Documento di budget al 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	55,00%	90,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	1.6.2.6	DGR 830/2017 Contrasto alla Legionellosi							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione di un protocollo operativo per il controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie sensibili che tenga conto delle linee guida regionali e governo clinico degli operatori SISP			Definito il protocollo per il controllo della legionellosi in strutture sanitarie						
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo	DGR 830/2017					
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
Definizione di un protocollo per il controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie sensibili		Protocollo	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.2.7	DGR 830/17 - DGR 1423/2017 Vaccinazione degli ultrasessantacinquenni							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Invio invito a vaccinarsi contro il pneumococco alla coorte dei 65 anni;			Spedito invito ai 65enni (Coorte 1953) per un totale di 4620 inviti						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	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
Spedizione lettere invito alla corte dei 65 (per l'anno di riferimento 2018)		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.2.8	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale							
									74%
Descrizione			Rendicontazione						
La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni deve essere garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.5)			La chiamata degli adolescenti del 2005 è iniziata nel mese di giugno in tutti e quattro i distretti, in ritardo per carenza nazionale di vaccino. Essendo arrivato il vaccino a luglio si è potuta garantire la chiamata solo del 70% della coorte.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	circolari regionali					
Indicatore		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 coorti di adolescenti anno 2005. Convocazione 100% della corte ed esecuzione delle vaccinazioni.		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		70,00%		74,00%

Settore	1.6.3	<u>Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Definizione del Piano di attività 2018 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.3.1	Pianificazione e Programmazione 2018								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Piano di attività 2018 del Servizio, scomposto in aree disciplinari, documento di budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			Elaborato Piano Attività 2018 (Prot. 15959 del 8-03-2018) e documento di budget (Prot. 39461 del 11-06-2018). Presentata Relazione finale SPASL anno 2017 (Prot. 22886 del 5-04-2018)							
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 2018, scomposto per Aree Disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Si/No		Si		Si		100,00%	
Produzione della relazione finale anno 2017		Protocollo relazione finale	Si/No		Si		Si		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.3.2	Medicina del Lavoro			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinati i piani di lavoro individuali per ogni operatore SPSAL. Nell'anno i piani di lavoro sono stati garantiti in media per il 116% (2199/1837)		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 172/2015 Punto 1.5	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.3.2	Medicina del Lavoro								
										100%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attuazione complessiva per ogni operatore 90% del carico di lavoro individuale			Documento budget al 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	45,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.3.3	UOIA								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Declinati i piani di lavoro individuali per ogni operatore UOIA . Nell'anno i piani di lavoro individuale sono stati eseguiti in media per il 102% (425/414).							
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	58,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.3.4	DGR 830/17 - Copertura controlli su PAT			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza negli ambienti di lavoro, di cui tendenzialmente il 10% è assicurato dalle UOIA e l'avvio e la realizzazione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna 2017-2019			Nel maggio 2018 (comunicato il 28-6-2018) la Regione Emilia-Romagna ha stabilito numericamente la copertura di vigilanza UULL per SPSAL e UOIA aumentando gli interventi necessari al raggiungimento del 9% da 1849 a 2037 UULL da controllare. Al 31 dicembre sono state controllate n. 2199 UULL pari al 9,7%. I piani di rimozione amianto nell'anno sono stati 549 e ne sono stati controllati 116 (21%)		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione			
Obiettivo	1.6.3.4	DGR 830/17 - Copertura controlli su PAT							 100%
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo	DGR 8310/17 - DGR 200/13 - DLGS 81/08				
Indicatore		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: >9%		sistema informativo	% >=		9,00%		9,70%		100,00%
n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati(art. 256 D. Lgs 81/08): >=15%		specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		21,00%		100,00%

Settore	1.6.4	<u>SIAN – Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</u>	 100%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2018 del Servizio con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.4.1	Pianificazione e Programmazione 2018								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Piano di attività 2018 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 Attività SIAN 2018 (prot.n. 10343 del 15.02.2018) e report di Budget (prot. n. 0014799 del 05/03/2018) . Prodotta relazione finale anno 2017 (prot. n. 11918 del 22.02.2018)							
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	
Elaborazione del Piano di attività 2018, scomposto per Aree disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Produzione della relazione finale anno 2017		Protocollo relazione finale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.4.2	Igiene degli Alimenti	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			I piani individuali sono stati predisposti e trasmessi ai singoli operatori debitamente protocollati. Al 31 dicembre gli operatori hanno totalmente completato il piano di lavoro individuale raggiungendo il 100%		

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1		Area della Produzione			
Obiettivo	1.6.4.2		Igiene degli Alimenti								
										100%	
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	47,00%	100,00%	100,00%	100,00%	



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.4.3	Nutrizione								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			Anche per quanto riguarda l'area della nutrizione, il piani individuali sono stati predisposti e trasmessi ai singoli operatori debitamente protocollati. Al 31 dicembre tutti gli opertori hanno raggiunto il 100% di attività effettuata su programmata							
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	49,00%	100,00%	100,00%	100,00%	



100%

Settore	1.6.5	<u>Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Attuazione del Piano Nazionale Integrato 2015-2018 mediante la definizione del Piano di attività 2018 dell'ADSPV, scomposto nei Servizi A/B/C con formulazione budget di Servizio e relazione finale di attività anno precedente.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.1	Pianificazione e Programmazione 2018							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Piano di attività 2018 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 anno 2018 (prot 15959 del 8/3/2018) e documento di budget). Relazione finale anno 2017 prodotta (Prot. 22886 del 05-04-2018						
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
Elaborazione del Piano di attività 2018, scomposto per Aree disciplinari e documento di budget collegato		Protocollo piano di attività	Si/No		Si		Si		100,00%
Produzione della relazione finale anno 2017		Protocollo relazione finale	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.5.2	SERVIZIO A - Sanità Animale	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			I piani individuali sono stati predisposti e trasmessi ai singoli operatori debitamente protocollati. Al 31 dicembre la media del carico di lavoro eseguita dagli operatori è del 96%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.2	SERVIZIO A - Sanità Animale							 100%
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	48,00%	96,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.3	SERVIZIO B - Igiene degli Alimenti di Origine Animale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			I piani individuali sono stati predisposti e trasmessi ai singoli operatori debitamente protocollati. Al 31 dicembre gli operatori hanno eseguito il 100% dell'attività programmata						
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%	41,90%	100,00%	93,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.4	SERVIZIO C - Igiene delle Produzioni Zootecniche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Declinazione di un Piano di lavoro individuale per ogni operatore con indicazione di volumi di attività e ore previste			I piani individuali sono stati predisposti e trasmessi ai singoli operatori debitamente protocollati. Al 31 dicembre la media del carico di lavoro eseguita dagli operatori è del 96%						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.4	SERVIZIO C - Igiene delle Produzioni Zootecniche							 100%
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 31.12.2018	% >=	45,00%	90,00%		96,00%	0,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.5	DGR 830/17 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2018 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi: - Realizzazione del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale - Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina bovina enzootica, TSE e Salmonellosi. - Attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale			I Piani Nazionali e regionali sono in attuazione e vedono al 31 dicembre i risultati in percentuale indicati						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 DGR 1500/2017					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.5.5	DGR 830/17 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione							 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
PRI (Piano Regionale Alimenti)	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		100,00%
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		99,00%		100,00%
% allevamenti controllati per farmacovigilanza e Anagrafe sul totale degli allevamenti	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		98,00%		100,00%
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)	specifico flusso di riferimento		% >=		98,00%		99,00%		100,00%

Settore	1.6.6	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	 95%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale; nel biennio 2016-17 le Aziende Sanitarie hanno attuato le azioni previste nei 68 progetti del PRP, in una logica di integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. Nel 2018 si provvederà, in accordo con la programmazione anche locale delle Aziende Sanitarie, alla rimodulazione del PRP, estesa anche al 2019, sulla base dell'Accordo della Conferenza Stato- Regioni del 21 dicembre 2017. Nel 2018 le Aziende Sanitarie si impegnano a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), secondo una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.(DGR 919/18 pag. 36 di 106)			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.1	DGR 919 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018							 100%
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 2018 le aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale. Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso			Le azioni procedono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma definito. Oltre il 95% degli indicatori sentinella ha osservato uno scostamento molto inferiore al 20% rispetto al valore atteso. Per la rendicontazione di dettaglio si rimanda al documento di monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione.						
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
% indicatori sentinella con valore conseguito >=80%	Specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		95,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.6.6.2	DGR 919 - Epidemiologia e sistemi informativi							
									100%
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi del PRP. Tra le sorveglianze da mantenere e consolidare: Sistema di Sorveglianza dei stili di vita (PASSI, Passi d'Argento, Okkio alla salute, HBSC) e il registro regionale di mortalità; migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione: screening oncologici e vaccinazioni. Completare 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 l'adozione del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.(DGR 919/18 pag. 37 di 106)			Effettuati nel rispetto delle scadenze regionali gli invii dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2017 in data 29/3/2018 e ai deceduti nel primo semestre 2018 in data 26/10/2018 . La sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO è proseguita mediante l'effettuazione delle interviste programmate.						
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
% Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2018) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (valutazione a marzo 2019)		Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Realizzazione delle interviste PASSI programmate - Interviste realizzate/interviste programmate al febbraio 2019		Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.3	DGR 919 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive				 100%			
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.3	DGR 919 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive								 100%
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.(DGR 919/18 pag. 38 di 106)				Tutti i casi di sospetti di Dengue-Chikungunya e Zikas (n. 11) sono stati notificati in regione ed inviati al laboratorio di riferimento regionale. Tutte le notifiche malattie infettive sono state inserite e completate nell'applicativo SMI (n. 3056) e ne è stata valutata la completezza.						
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
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		% >=		90,00%		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%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.6.4	DGR 919 - Piano di Prevenzione vaccinale - Vaccinazione degli ultrasessantacinquenni			56%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.4	DGR 919 - Piano di Prevenzione vaccinale - Vaccinazione degli ultrasessantacinquenni							 56%
La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. 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.			Le campagne di vaccinazione antinfluenzale e antipneumococco si sono svolte nel secondo semestre dell'anno. Secondo i report regionali l'adesione alla vaccinazione antipneumococcica degli ultrasessantacinquenni per la provincia di Parma è stata del 27%. Per quanto riguarda il tasso di copertura della popolazione >65 il valore registrato nella campagna antiinfluenzale 2018-2019 è stato pari al 47% evidenziando un trend in miglioramento anche se distante dallo standard previsto. La importante azione di sensibilizzazione attuata (call center informativo alla popolazione, formazione ai professionisti, ecc.) ha comunque consentito di invertire il trend incrementando di circa 3 punti percentuali la copertura						
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
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni	Specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%		47,00%		63,00%
copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni	Specifico flusso di riferimento		% >=		55,00%		27,00%		49,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.5	DGR 919 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita							 100%
Descrizione Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017 (DGR 919/18 pag. 39 di 106)			Rendicontazione E' stato garantito il mantenimento della copertura di vigilanza consolidata. I piani di rimozione amianto nell'anno sono stati 549 e ne sono stati controllati 116 (21%). N. 11 aziende (su 8 previste) partecipano al progetto di promozione alla salute nei luoghi di lavoro (137%)						
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	1.6.6.5	DGR 919 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e vita							
		100%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. cantieri rimozione amianto controllati/piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)		Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		21,00%		100,00%
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
N. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro		Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	1.6.6.6	DGR 919 - Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio-assistenziale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Assicurare quanto disposto con DGR 1943/2017 (requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie) (DGR 919/18 pag.40 di 106)			Tutte le strutture autorizzate sono state inserite nell'anagrafe regionale. Case famiglia da controllare nel biennio n. 32. Al 31 dicembre sono state controllate tutte le 32 case famiglie previste.						
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
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/anno)		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% case famiglia controllate nel biennio 2017-2018		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.7	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Piano Regionale Integrato							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori individuati nel PRI approvato con DGR 1500/2017. 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" per il 2018, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per il 2018.			Gli indicatori sentinella sono costantemente monitorati e rendicontati sui sistemi regionali. Al 31/12 sono stati raggiunti tutti gli indicatori previsti come indicato nella relazione SISVET e nel sistema regionale ORSA.						
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
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistemi nazionali, se presenti es. Vetinfo, sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistemi nazionali, se presenti es. Vetinfo, sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL		% >=		80,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.8	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Le aziende, oltre a quanto previsto nel PRI per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina, brucellosi ovi caprina e le ispezioni per l'anagrafe ovi caprina, dovranno registrare i dati dei controlli ufficiali sui sistemi nazionali SANANA (indicatore LEA 2017) e VETINFO.(DGR 919/18 pag.41 di 106)			L'attività è proseguita secondo quanto previsto dal PRI raggiungendo al 31/12/2018 le percentuali evidenziate.						
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
% degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno		sistema SEER del IZSLER	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN.		sistema SISVET di VETINFO	% >=		80,00%		83,00%		100,00%
% aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo.		portale nazionale VETINFO "Statistiche"	% >=		3,00%		3,70%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.9	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)							 100%
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			Piano Regionale per la ricerca fitosanitari in attuazione. Al 31/12 sono stati analizzati tutti i n. 101 campioni previsti dal Piano (100%)						
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	1.6.6.9	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di 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%		100,00%		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	1.7	<u>GLI SCREENING</u>	 76%
------------------------------------	------------	-----------------------------	--

Settore	1.7.1	<u>Quadro generale e obiettivi comuni</u>	 0%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	1.7.1.1	Partecipazione a iniziative e progetti valutativi							
									0%
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione alle iniziative di controllo di Qualità e a progetti valutativi definiti a livello regionale. Avvio del percorso di accreditamento istituzionale									
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	Si/No		Si				0,00%

Settore	1.7.2	<u>Screening del tumore del collo uterino</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Tutti i Distretti partono allineati con i turni mensili di chiamata per il 7° 'round' (1.1.2016 - 31.12.2018, salvo integrazione con il nuovo algoritmo che prevede l'HPVtest come test di screening primario e chiamata quinquennale) - Per quest'anno verranno regolarmente invitate ad HPVtest primario e citologia di "triage" le donne comprese nella fascia di età 40-64 anni, secondo cronoprogramma regionale.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.2.1	Promozione adesione			 100%					
Descrizione				Rendicontazione						
Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione ed adesione dell'attività rivolta a donne tra i 25 e i 39 anni, residenti e domiciliate assistite, con proposta attiva di pap-test triennale - Chiamata per l'HPVtest (test primario) della fascia 40-64 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% RER). Superiore alla media regionale il tasso di adesione al 31.12.2018.2018 (69,7% vs 66,5% RER)						
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%	68,90%	69,70%	100,00%	100,00%

Settore	1.7.3	<u>Screening del tumore della mammella</u>	 97%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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	1.7.3.1	Implementazione data base individuale									100%
Descrizione			Rendicontazione								
Consolidamento tracciato record data base individuale			L'invio dei dati negli specifici flussi di riferimento viene svolto regolarmente nel rispetto di tutte le parti previste del tracciato, provvedendo contestualmente a correggere gli errori rilevati.								
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	Si/No		Si	Si	Si		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione		
Obiettivo	1.7.3.2	Progressione chiamate					 88%
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.			L'attività prosegue regolarmente al massimo della potenzialità rispetto all'organico a disposizione. Sono in corso le procedura per reperire il personale carente . Sviluppo dell'estensione degli inviti alle pazienti di età 45-49 con cadenza annuale e nel consolidamento dell'invito biennale alle pazienti di 50-74 anni.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.3.2	Progressione chiamate							 88%
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%		51,00%		85,00%
Estensione effettiva inviti		PRP	% >=		95,00%	92,30%	87,00%		92,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.3.3	Rischio eredofamiliare							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Attuare il programma secondo la indicazioni regionali			Lo screening mammografico provvede alla compilazione della scheda anamnestica per l'individuazione delle pazienti ad alto rischio genetico, secondo le indicazioni del programma regionale. Oltre alla compilazione della scheda si è provveduto costantemente all'esecuzione dei colloqui con le pazienti con profilo uguale o superiore a 2 e il conseguente invio al centro spoke.						
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%	98,00%	98,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.3.4	Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.3.4	Integrazione tra Centro Screening e Centro Senologico e Azienda Ospedaliero Universitaria e MMG							 100%
Partecipazione al “Programma interaziendale Centro di Senologia” o Breast Unit			La partecipazione al programma interaziendale “Breast Unit” è stata proficua e costante sia in termini di invio agli specialisti di AO delle pazienti affette da patologia mammaria, sia in termini di discussione multidisciplinare dei casi complessi o dubbi. La collaborazione multidisciplinare ha garantito alle pazienti il rispetto delle linee guida relative alla diagnosi e al trattamento del tumore mammario.						
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%	90,00%		100,00%

Settore	1.7.4	<u>Screening del tumore del colon retto</u>	 87%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'obiettivo di salute del programma è rappresentato da un lato dalla diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione di prevenzione che mira ad individuare lesioni pre-tumorali, dall'altro dall'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. A partire dalla fine dello scorso anno sono state introdotte nuove lettere modificate nei contenuti e nella veste grafica per rendere più agevole la comprensione da parte dell'utenza. L'intervento, tra l'altro, si avvale dell'importante collaborazione dei MMG e delle associazioni di volontariato con le quali vengono effettuati degli incontri a carattere distrettuale al fine di promuovere un miglioramento continuo.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.4.1	Progressione chiamate							 100%	
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 2018 è stata rispettata la tempistica del calendario elaborato al fine di rendere più funzionale da un punto di vista organizzativo la partecipazione a livello dei singoli distretti che porterà, in futuro, ad avere ogni anno uno stesso numero di inviti, evitando grosse fluttuazioni e garantendo maggiore omogeneità del numero di persone invitate nei diversi anni. Durante l'anno sono stati effettuati circa 65.00 primi inviti procedendo al contemporaneo invio delle lettere di sollecito secondo le modalità e la tempistica previste. I dati ufficiali inviati dalla regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 30/11/2018 (Inviti al 30/11/2018 Adesione al 30/11/2018) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 86,2% (media RER 95,0%).						
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		PRP		% >=		80,00%		86,20%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.7.4.2	Equità di accesso							 62%	
Descrizione				Rendicontazione						
Favorire l'adesione da parte di categorie svantaggiate per ridurre le disuguaglianza.				L'estensione degli inviti tra i domiciliati ha evidenziato un ulteriore flessione fenomeno osservato del resto in tutta la regione laddove si è passati dal 82,5% (2015) al 81,9% (2016) al 74,9% (2017). A tal proposito si ricorda anche l'avvenuta revisione degli indicatori di screening che ha introdotto qualche cambiamento, in particolare nella copertura del programma di screening. Il mancato recapito delle lettere screening che coinvolge in larga percentuale la popolazione straniera, inoltre, continua a rappresentare un problema a livello sia locale che regionale. La rilevazione puntuale al 30/11/2018 (Inviti al 30/11/2018 Adesione al 30/11/2018) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 46,4% (media RER 69,8%).						
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
N° FOBT popolazione straniera/lettere inviate		PRP		% >=		75,00%		46,40%		62,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.7.4.3	Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Implementazione e sensibilizzazione all'adesione allo screening colon-retto con l'ausilio di un mezzo mobile che sarà presente presso i Comuni della Provincia di Parma. L'utilizzo del mezzo mobile, messo a disposizione dalle Associazioni di Volontariato, è ad integrazione dei centri fissi, attivi con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.			È continuata l'attività inerente il progetto “Camper della Prevenzione”; durante l'anno 2018 sono stati coinvolti i comuni di Salsomaggiore, San Secondo, Borgotaro e Noceto in concomitanza con l'inizio della campagna di Screening in tali comuni al fine, anche, di presentare il programma di prevenzione ed illustrare l'importanza dello stesso. L'unità mobile ha svolto, come di consueto, un' attività di sensibilizzazione della popolazione riguardante i corretti stili di vita e le abitudini alimentari: nell'occasione sono stati consegnati i kit per la ricerca del sangue occulto.		
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	1.7.4.3	Sensibilizzazione all'adesione allo screening colon retto							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N°. Comuni Aderenti		Relazione Resp. Programma	Numero >=		3,00		4,00		100,00%

Settore	1.7.5	DGR 919 - Linee di Programmazione RER				 94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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 alla progressione delle chiamate al test HPV e al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella.						
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione	
Obiettivo	1.7.5.1	DGR 919 - Programmi di screening oncologici				 94%
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)			Nei tre programmi proseguono le azioni volte al consolidamento dei percorsi e a mantenere i livelli di copertura raccomandati. Per quanto riguarda lo Screening del tumore del collo dell'utero il tasso di adesione al 31.12.2018.2018 risulta essere superiore alla media regionale(69,7% vs 66,5% RER) Per lo screening Mammografico: L'attività prosegue regolarmente al massimo della potenzialità rispetto all'organico a disposizione. Sono in corso le procedura per reperire il personale carente . Sviluppo dell'estensione degli inviti alle pazienti di età 45-49 con cadenza annuale e nel consolidamento dell'invito biennale alle pazienti di 50-74 anni. Per quel che concerne Screening Colon-rettale : l'indicatore di copertura della popolazione (popolazione target che ha effettuato test di screening) la rilevazione puntuale al 30/11/2018 (Inviti al 30/11/2018 Adesione al 30/11/2018) mostra un valore pari al 49,2% (media RER 54,1%).			
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	1.7.5.1	DGR 919 - Programmi di screening oncologici								 94%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)		Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		69,70%		100,00%	
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)		Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		51,00%		85,00%	
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)		Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		49,20%		98,00%	

Area	2	<u>ASSISTENZA OSPEDALIERA</u>	 78%
-------------	----------	--------------------------------------	---

Sub-Area piano delle azioni	2.1	<u>Obiettivi di Presidio Ospedaliero</u>	 92%
------------------------------------	------------	---	---

Settore	2.1.1	<u>Obiettivi di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera</u>	 100%
----------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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. I Dipartimenti integrati di Presidio Ospedaliero Aziendale hanno assunto piena operatività, valorizzando il ruolo di organica connessione tra i due stabilimenti ospedalieri che costituiscono il Presidio Ospedaliero Aziendale. 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.

Il 2017 ha visto l'istituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza e nelle more delle modifiche all'Atto Aziendale, dovranno essere ridefiniti:

- l'afferenza delle Unità Operative nella nuova riorganizzazione dipartimentale

- i Dipartimenti di Presidio Ospedaliero Aziendale

con conseguente riconfigurazione del percorso di budget .

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione	
Obiettivo	2.1.1.1	Partecipazione dei professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale ai gruppi di lavoro interaziendali in ambiti strategici				 100%
Descrizione			Rendicontazione			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.1.1.1	Partecipazione dei professionisti del Presidio Ospedaliero Aziendale ai gruppi di lavoro interaziendali in ambiti strategici							 100%
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 2018.			I professionisti di AUSL hanno partecipato ai gruppi di lavoro interaziendali per l'elaborazione dei progetti di costituzione di: Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza Provinciale; Rete Provinciale Infettivologica; Polo Oncologico; Polo ORL. I relativi documenti sono stati approvati dal Collegio di Direzione Aziendale.						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.1.1.2	Ridefinizione dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero secondo le nuove direttive							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
In conseguenza dell'istituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza, occorre procedere alla ridefinizione del nuovo assetto dei Dipartimenti di Presidio Ospedaliero e delle relative Unità Operative di afferenza			E' stata ridefinita la composizione del Dipartimento Aziendale Chirurgico e Medico dell'Azienda USL con riallocazione delle Unità Operative precedentemente inserite nel Dipartimento di Emergenza - Urgenza e della Diagnostica. Si è altresì proceduto alle elezioni per la costituzione dei relativi Comitati di Dipartimento.						
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
Evidenza documentale		P.O. Aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	2.1.1.3	Avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure a livello di dipartimenti di presidio ospedaliero aziendale								 100%
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.			E' 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. Il percorso ha portato alla identificazione dei PDTA e delle procedure con priorità di adeguamento. Sono stati completati i due documenti relativi alla gestione delle ICA e il PDTA del colon retto.							
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	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.1.1.4	DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Nell'anno 2018 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 rispettando la dotazione massima di posti letto pubblici previsti. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno provvedere all'eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera in relazione alle valutazioni di congruità così come trasmesse dalla Direzione Generale.			La ridefinizione dei posti letto del Presidio Ospedaliero è già stata completata entro l'anno 2017. La gestione multidisciplinare dei percorsi oncologici, compresa la valutazione pre-chirurgica, è in atto in entrambi gli ospedali aziendali. La Breast Unit ha valenza provinciale ed è gestita da équipe afferente ad Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.							
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.1.1.4	DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	

Settore	2.1.2	<u>DGR 919/18 - Linee di programmazione RER</u>	 83%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nell'anno 2018 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno. Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei PL ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 x 1000), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Si richiama alla necessità di concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale rispetto al dato del 31.12.2017. Per l'anno 2018 si ritiene quindi necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree: - Appropriatelyzza - Reti di rilievo regionale - Emergenza ospedaliera e territoriale - Attività trasfusionale

- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Volumi ed esiti

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. Al fine di ricondurre ai livelli di riferimento i tassi di ospedalizzazione per DRG medici, ciascuna azienda dovrà prevedere il potenziamento delle cure intermedie e delle cure primarie come sede di gestione delle fasi a rischio di riacutizzazione delle malattie croniche, con particolare riferimento al paziente fragile e polipatologico è necessario inoltre un potenziamento del ruolo di filtro del PS su patologie specifiche con l'attivazione dei percorsi alternativi al ricovero. Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici le aziende dovranno individuare le strutture vocate alla chirurgia in regime diurno in cui sviluppare le competenze per la presa in carico in sicurezza di tale casistica. Dovranno essere sviluppati protocolli finalizzati a definire le pratiche cliniche più appropriate (es. posizionamento di drenaggi, prevenzione del sanguinamento). In particolare, è da favorire l'istituzione di aree di week-surgery/day surgery a cui siano collegati specifici percorsi di preparazione all'intervento e follow-up.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.1.2.1	DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto			 83%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.1.2.1	DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Adeguatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto			 83%				
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			Anche nel primo semestre 2018 si è perseguito l'obiettivo di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso azioni mirate, sia in area medica che in area chirurgica. In particolare, sono stati attivati incontri periodici tra medici ospedalieri e MMG mirata alla gestione appropriata dei pazienti con patologie croniche internistiche ed è proseguita l'azione di spostamento di setting di patologie di tipo chirurgico verso l'ambito ambulatoriale. Il dato provvisorio (primi 9 mesi) da banca dati SISEPS relativo ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza è complessivamente pari al 0,23%, in linea con il risultato atteso. Il dato riferito all'appropriatezza dei DRG nei primi 9 mesi 2018 è pari a 0,16 a Fidenza e 0,28 a Borgotaro. Per quanto riguarda l'obiettivo riduzione del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429- Disturbi organici e ritardo mentale sono stati attivati incontri periodici tra Medici Ospedalieri e MMG, registrando su Parma e provincia una diminuzione del tasso che passa da 36 nel 2016 a 35 nel 2018 . Relativamente all'obiettivo di riduzione del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi al DRG 088 - malattia cronica ostruttiva , sono stati attivati incontri periodici tra Medici Ospedalieri e MMG osservando un trend locale su Parma e provincia in netto miglioramento registrando un tasso che passa da 111 nel 2016 a 69 nel 2018 .						
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
DRG potenzialmente inappropriati/appropriati.		Griglia LEA	% <=		0,19%		0,23%		79,00%
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%		50,00%		100,00%
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000		Specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,10		35,00		71,00%
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 <=		59,10		69,00		83,00%

Sub-Area piano delle azioni	2.2	<u>Obiettivi dei Dipartimenti nel Presidio Ospedaliero Aziendale</u>	 64%
------------------------------------	------------	---	--

Settore	2.2.1	<u>Obiettivi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza nella nuova configurazione integrata</u>	 100%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	2.2.1.1	Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Riassetto organizzativo			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Riorganizzazione del Dipartimento secondo le nuove direttive e relativa ridefinizione degli aspetti organizzativi.			Il Dipartimento integrato di Emergenza e urgenza è stato riconfigurato secondo le specifiche indicazioni; fanno parte del nuovo Dipartimento le UU.OO. di Pronto Soccorso e MURG; Emergenza Territoriale; Struttura semplice dipartimentale di Punto di primo intervento ospedaliero. E' stato elaborato e diffuso in nuovo Regolamento di Dipartimento, in applicazione del quale si è provveduto alla nomina della parte elettiva, sono stati convocati i previsti Consigli di dipartimento ed è stato eletto il Direttore del dipartimento stesso. Ci sono state nel corso del primo semestre 3 riunioni del Consiglio del Dipartimento interaziendale di Emergenza-Urgenza, nelle seguenti date: 27/4, 28/5 e 04/7. Anche nel corso del 2° semestre sono state effettuate 3 riunioni del Consiglio Dipartimentale per cui gli obiettivi sono complessivamente raggiunti.		
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	2.2.1.1	Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Riassetto organizzativo							 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Verbali incontri di Dipartimento	Direzione di Presidio Ospedaliero		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%
Evidenza documentale del Regolamento di Dipartimento	Direzione di Presidio Ospedaliero		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.1.2	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza - Gestione dei picchi di accesso al Pronto Soccorso							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Per la rete dell'emergenza ospedaliera deve essere integrato il piano operativo regionale per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso con le direttive che fornite dal gruppo di lavoro Pronto Soccorso ed in particolare predisporre i sistemi informativi per la rilevazione di indicatori di monitoraggio dell'iperafflusso. Le Aziende devono contribuire a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR). Le aziende dovranno provvedere a rilevare regolarmente i suddetti indicatori mediante l'adeguamento dei propri sistemi informativi.			E' stato adeguato il sistema informativo alla fine di consentire la rilevazione di tutti gli indicatori di monitoraggio previsti dal piano operativo regionale per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronto Soccorso. Nel corso del secondo semestre si conferma la rilevabilità di tutti gli indicatori previsti dalle linee di indirizzo; ciò ha consentito di testare nel mese di novembre l'algoritmo del NEDOCS. I collegamenti tra i due flussi, di PS e di ET, sono attivi.						
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
Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Prevedere un collegamento tra il flusso del PS e quello dell'Emergenza Territoriale	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	2.2.1.3	DGR 1890/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Interaziendale di Emergenza urgenza - Promozione interventi formativi							 100%
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			Sono stati individuati e comunicati i nominativi del personale coinvolto nel percorso di accoglienza e presa in carico di pazienti oggetto di violenza sessuale. Nel corso del 2° semestre il personale individuato ha partecipato al percorso di formazione previsto.						
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		100,00%

Settore	2.2.2	<u>Obiettivi del Dipartimento Medico nella nuova configurazione</u>		 81%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.2.1	Dipartimento Medico - Riassetto organizzativo								 100%
Descrizione				Rendicontazione						
Riconfigurazione dell'assetto organizzativo conseguente all'istituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza.				A seguito della istituzione del DIEU si è provveduto a riconfigurare il Dipartimento Medico inserendo le UU.OO. di Radiodiagnostica, Patologia clinica, Cardiologia-UTIC del P.O. aziendale. Il Regolamento di dipartimento è stato mantenuto e sono state messe in atto le azioni propedeutiche alla costituzione del nuovo Comitato di Dipartimento. Nel primo semestre sono stati effettuati n° 4 Comitati di Dipartimento. Nel corso del secondo semestre sono stati effettuati n° 3 Comitati di Diaprtimento, nelle date del 26.09; 20.11; 18.12.						
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
Verbalì incontri di Dipartimento		Direzione di Presidio Ospedaliero		Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%
Evidenza documentale del Regolamento di Dipartimento		Direzione di Presidio Ospedaliero		Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.2.2	Dipartimento Medico - Percorsi di somministrazione sicura							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Implementazione del percorso di prescrizione e somministrazione sicura			Il percorso è stato avviato in tutte le UU.OO. di degenza afferenti al Dipartimento ad eccezione della U.O. di Cardiologia-UTIC, per la quale il percorso di avvio è previsto nel corso del 2° semestre. Nel secondo semestre il percorso è stato completato anche nella U.O. di Cardiologia-UTIC, consentendo così un uniforme utilizzo del programma informatico in tutte le UU.OO. afferenti al dipartimento.						
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
Avvio e implementazione dell'attività in tutte le Unità Operative		Direzione Dipartimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.2.3	Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa							 87%
Descrizione			Rendicontazione						
Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale			Nel primo semestre, complessivamente, a Fidenza l'IP per le prestazioni programmabili è stato pari al 97% e per le prestazioni urgenti-differibili al 65%; a Borgotaro, rispettivamente al 97% e all'86%. Nel secondo semestre, a Fidenza l'IP per le prestazioni programmabili è stato pari al 94,50% e per le prestazioni urgenti differibili al 64,50%; a Borgotaro, rispettivamente, al 96% ed al 70%. E' in corso la valutazione delle prestazioni erogate nella modalità di urgenza differibile. Per quanto riguarda la criticità che si è evidenziata relativamente all'indice di performance sulle urgenze differibili in entrambe le strutture, sono in corso azioni di miglioramento riferite sia alla composizione delle agende sia ad un incremento dell'offerta.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	2.2.2.3	Dipartimento Medico - Governo dei tempi di attesa								 87%
Indicatore	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%	97,00%	94,50%	100,00%	100,00%		
Indice di Performance prestazioni programmabili - Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	97,00%	96,00%	100,00%	100,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale di Fidenza	portale MAPS	% >=	90,00%	90,00%	65,00%	64,50%	72,00%	72,00%		
Indice di Performance prestazioni urgenti-differibili Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro	portale MAPS	% >=	86,00%	90,00%	86,00%	70,00%	100,00%	78,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	2.2.2.4	Dipartimento Medico - Centro Neurologico per la SLA								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Implementazione ed applicazione del progetto "Centro neurologico per la SLA"			I pazienti in carico sono complessivamente 10. Nel primo semestre sono state fatte 6 nuove diagnosi, di cui tre verranno seguite in altra sede in quanto i pazienti risiedono fuori provincia. Nel secondo semestre i pazienti in carico sono stati complessivamente 10; le nuove diagnosi sono state 2. Sono stati effettuati n° 2 incontri multidisciplinari allargati e n° 10 incontri di equipe							
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		
N.ro di pazienti in carico complessivamente	specifico flusso di riferimento	Numero >=	10,00	10,00	10,00	10,00	100,00%	100,00%		
N.ro incontri collegiali multidisciplinari e multiprofessionali	specifico flusso di riferimento	Numero >=	2,00	4,00	3,00	6,00	100,00%	100,00%		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.2.5	DGR 830/17 - Appropriatelyzza - Dipartimento Medico							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza. In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controlli obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.28)			Vedere Obiettivo 2.1.2.1 del Presidio Ospedaliero aziendale						
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
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario = 0,21 (Griglia LEA)	specifico flusso di riferimento		% <=		0,21%				0,00%
Per il DRG 088, raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2017 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.	specifico flusso di riferimento		% <=		5,00%				0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.2.6	DGR 830/17 - Volumi-esiti - Dipartimento Medico							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Relativamente alla Rete Stroke, la relazione stato avanzamento della rete dovrà tener conto dei seguenti parametri per quanto di competenza delle attività in essere nel Presido Ospedaliero Aziendale : % trombolisi e.v.; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 gg per ogni Stroke Unit . In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti			Nel corso del primo semestre è stato attivato specifico gruppo di lavoro interaziendale per la revisione del percorso stroke con particolare riguardo alla gestione dei pazienti da sottoporre a trombectomia. Sono stati garantiti la gestione del percorso dolore toracico e la gestione dei pazienti non ST sopraslivellato secondo le procedure in uso. La relazione che tiene conto delle attività della rete Stroke in essere nel Presidio Ospedaliero aziendale consente la disponibilità di dati al terzo trimestre 2018 . I dati sono i seguenti: la % di trombolisi ev è stata dell'11%; la % di riabilitazione codice 56 è pari a 25,56% ; la mortalità a 30 giorni per ictus è pari a 10,26%. I casi di IMA riscontrati nei primi 9 mesi dell'anno 2018 sono stati a Fidenza 139 e a Borgotaro sono stati 29.						
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
Rete Stroke: relazione		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA(casi/anno)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		168,00		100,00%

Settore	2.2.3	<u>Obiettivi del Dipartimento Chirurgico nella nuova configurazione</u>		 64%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.3.1	Dipartimento Chirurgico - Riassetto organizzativo								 100%
Descrizione				Rendicontazione						
Riconfigurazione dell'assetto organizzativo conseguente all'istituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza.				A seguito della istituzione del DIEU si è provveduto a riconfigurare il Dipartimento Chirurgico inserendo le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e OTI del P.O. aziendale. Il Regolamento di dipartimento è stato mantenuto e sono state messe in atto le azioni propedeutiche alla costituzione del nuovo Comitato di Dipartimento. Nel primo semestre sono stati effettuati n° 3 Comitati di Dipartimento. Nel secondo semestre sono stati effettuati n° 3 Comitati di dipartimento nelle seguenti date: 20 luglio; 24 settembre; 30 novembre.						
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
Verbalì incontri di Dipartimento		Direzione di Presidio Ospedaliero		Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%
Evidenza documentale del Regolamento di Dipartimento		Direzione di Presidio Ospedaliero		Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.3.2	Dipartimento Chirurgico - Percorso di somministrazione sicura							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia			Nel primo semestre il percorso di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia è stato avviato in tutte le UU.OO. di area chirurgica dell'Ospedale di Fidenza, concludendo così il percorso già avviato ed implementato presso l'Ospedale di Borgotaro. Nel secondo semestre è stato completato in tutte le UU.OO. del Dipartimento chirurgico il percorso di prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Avvio ed implementazione in tutte le U.O. di degenza		Direzione Dipartimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.3.3	Dipartimento Chirurgico - ORMAWEB							 33%
Descrizione			Rendicontazione						
Completamento della informatizzazione del percorso chirurgico (ORMAWEB)			Nel corso del primo semestre sono state messe in atto tutte le azioni propedeutiche alla informatizzazione sia del programma operatorio che della cartella anestesilogica, per le quali si rimane in attesa della messa in disponibilità all'utilizzo del programma definitivo da parte della softwarehouse. E' in corso l'acquisizione dei monitor di sala operatoria propedeutici all'utilizzo del programma informatizzato della scheda SOSnet che consenta l'informatizzazione dei dati direttamente in sala operatoria superando così l'attuale sistema di inserimento a posteriori di schede cartacee. Non sono stati completati i percorsi di informatizzazione del programma operatorio e della cartella anestesilogica che sono in corso di completamento. E' stato invece completato il percorso di informatizzazione del programma SOSnet.						
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	2.2.3.3	Dipartimento Chirurgico - ORMAWEB							 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
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirurgico: programma operatorio		Direzione PO	Sì/No		Sì		No		0,00%
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirurgico: cartella anestesiológica		Direzione PO	Sì/No		Sì		No		0,00%
Evidenza del processo di informatizzazione percorso chirurgico: SOSnet		Direzione PO	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.3.4	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Chirurgico							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Entro fine 2018 dovrà essere completato l'adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza. Per l'attivazione di STAM si richiamano i contenuti della suddetta DGR che prevede: "L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale".			Il percorso STAM è attivo e adeguato, si resta in attesa della attivazione della rete informatica AVEN. E' stato deliberato il percorso interaziendale STEN e si resta in attesa della sua attivazione non appena saranno completate le procedure per l'adeguamento dell'organico della équipe di AOU PR. Si conferma anche per il secondo semestre la situazione descritta nel primo semestre. Le relazioni di audit hanno evidenziato come nelle more dell'attivazione del percorso STEN tutti i trasferimenti di neonati in struttura neonatologica intensiva siano stati effettuati dalla struttura inviante. Per quanto riguarda lo STAM, sono stati effettuati 18 trasferimenti di pazienti, di cui 15 presso AOSP di Parma e tre in altra sede.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.3.4	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera - Dipartimento Chirurgico								 50%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Entro fine 2018 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		0,00%	
Entro la fine del 2018 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.2.3.5	DGR 830/17 Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico			
Descrizione			Rendicontazione		
Dovrà inoltre essere garantita un’assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l’assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa 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. A seguito dell’approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l’accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14)			L'effettuazione della diagnosi prenatale non invasiva viene garantita a tutte la gravide che ne facciano richiesta in entrambi gli ospedali aziendali. Prosegue l'attività degli ambulatori ostetrici della gravidanza fisiologica, già attivi da tempo in tutto l'ambito aziendale, così come l'attività degli ambulatori dedicati alla gravidanza a rischio. La scheda regionale della gravidanza è lo strumento abitualmente utilizzato unitamente alla scheda "scelta del parto". La prestazione viene garantita a livello ambulatoriale. Non è attualmente disponibile il flusso relativo all'anno 2018		
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	2.2.3.5	DGR 830/17 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
% di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva (rispetto a media regionale 2017)		specifico flusso di riferimento	% <=						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.2.3.6	DGR 830/17 Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico			 35%
Descrizione			Rendicontazione		
Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il ravaglio/parto rispetto al 2017 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016)...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14)			Successivamente alla chiusura del punto nascita di Borgotaro, sia l'attività di controllo di dolore nel parto che l'effettuazione di parti cesarei vengono garantiti esclusivamente presso l'Ospedale di Fidenza. Gli obiettivi 2 e 5, relativi a strutture HUB, non sono pertinenti. Non sono ancora disponibili i dati riferiti all'anno 2018, bensì i dati relativi al primo semestre 2018. L'obiettivo uno ha raggiunto un valore di 2,33, quindi ampiamente all'interno del valore di riferimento. La % dei tagli primari in struttura spoke è pari a 23,47%, superando così la media regionale. Analogamente è per il dato riferito all'obiettivo 4, il cui valore è pari a 10,29%. Riguardo all'obiettivo 6, il valore semestrale rilevato è pari al 3,76%		
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	2.2.3.6	DGR 830/17 Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico								 35%
Indicatore		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 che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		14,00%		2,33%		100,00%	
Percentuale di tagli cesarei primari HUB		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%				0,00%	
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		23,47%		44,00%	
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio spoke con numero parti >=1.000 del 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		7,80%		10,29%		68,00%	
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		9,40%				0,00%	
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb): Spoke con nr parti <1000 =0 in classe IIb e IVb di Robson)		specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00		3,76		0,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.3.7	DGR 830/17 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico							 56%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 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.			L'effettuazione di metodiche sia mediche che chirurgiche di IVG continua ad essere garantita in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. Sono state messe in campo le azioni necessarie al miglioramento della performance. Non sono ancora disponibili i dati riferiti all'anno 2018. I dati semestrali evidenziano per il primo obiettivo un valore pari al 46,88% superiore quindi all'atteso. Per il secondo obiettivo, il valore rilevato è pari a 22,37% e a Borgotaro 54,84%. La media del Presido è quindi pari a 39,52%. E' in corso una revisione dell'organizzazione delle sedute di IVG chirurgica con personale non obiettore.						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.3.7	DGR 830/17 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico								 56%
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
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche		specifico flusso di riferimento		% <=		25,00%		46,88%		12,00%
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento		% >=		27,00%		39,52%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	2.2.3.8	DGR 830/17 - Procreazione Medicalmente Assistita - Dipartimento Chirurgico								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Nel 2018 andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, in particolare:- concludendo il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA, con le visite ai Centri di I livello e aderendo allo stesso percorso per i Centri di nuova attivazione			Nel corso del primo semestre è stata inoltrata alla RER la richiesta di conferma della autorizzazione regionale e della predisposizione della relativa documentazione. E in corso la predisposizione della documentazione per la visita di verifica dei requisiti prevista per l'anno 2019.							
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	
Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.3.9	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico			 67%
Descrizione			Rendicontazione		
La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1056/2015; attraverso l'individuazione del RUA, Responsabile Unico Aziendale, le Aziende devono avviare e conseguire la corretta gestione delle liste di attesa. Dovranno essere garantiti: -rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali -controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale -gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione -finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate -adeguata accoglienza, gestione e informazione dei pazienti, attraverso una idonea formazione degli operatori -governo del rinvio degli interventi programmati. E' prevista l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. Sarà integrato il nomenclatore SIGLA con interventi e procedure chirurgiche, utilizzando la classificazione ICD-9-CM; l'adozione del sistema ICD-9-CM consentirà una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la gestione della sala operatoria. Ridurre i tempi di attesa: Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda; Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA; Rispetto obiettivi DGR 272/2017; Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa ..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.27)			Sono state messe in atto nel corso del primo semestre azioni di controllo e pulizia delle liste di attesa e di monitoraggio dei tempi di attesa per specialità e classe di priorità. Viene effettuato un monitoraggio costante della relazione fra attività in libera professione ed istituzionale. E' stato definito un programma di incremento dell'attività chirurgica per lo smaltimento delle liste di attesa che non è stato possibile mantenere in quanto si sono venute a determinare condizioni di carenza di personale sia di anestesia che di specialità chirurgiche (Chirurgia generale e ortopedia di entrambi gli stabilimenti ospedalieri). Nel corso del secondo semestre si è avuto un importante intervento di ristrutturazione del comparto operatorio del 3° piano a Fidenza, con una contrazione complessiva dell'attività chirurgica nei mesi di luglio e agosto. L'attività è stata successivamente incrementata nel terzo trimestre con attività aggiuntiva, che non ha consentito comunque il raggiungimento pieno dell'obiettivo relativo all'IP di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. I dati attualmente disponibili sono riferiti ai primi 10 mesi dell'anno 2018. GLi ultimi due obiettivi non hanno riferimenti per l'anno 2018.		
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.3.9	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico								67%
Indicatore		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%		90,20%		100,00%	
IP per le protesi d'anca (entro 180 gg)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		91,20%		100,00%	
IP per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)		specifico flusso di riferimento	% <=		90,00%		80,30%		100,00%	
Nr. di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti (adozione nuovo nomenclatore SIGLA)		SIGLA	% >=		95,00%		100,00%		100,00%	
Nr. di obiettivi raggiunti - DGR 272/2017		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%		0,00%	
Indicatore sintetico (RADAR) - Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		0,00%		0,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.3.10	DGR 830/17 - Appropriatezza - Dipartimento Chirurgico							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

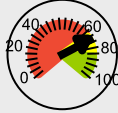
Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.3.10	DGR 830/17 - Appropriatelyzza - Dipartimento Chirurgico							 100%
Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza. In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controlli obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.28)			Vedere Obiettivo 2.1.2.1 del Presidio Ospedaliero aziendale						
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
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario = 0,21 (Griglia LEA)	specifico flusso di riferimento		% <=		0,21%		0,00%		100,00%
Per i DRG 008, 158, 160, 503 e 538 raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.	specifico flusso di riferimento		% <=		5,00%		0,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.3.11	DGR 830/17 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nella banche dati disponibili ed aggregati per "reparto". In particolare le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per tumore primitivo della mammella inferiore ai 150 casi, per colecistectomia inferiore ai 100 casi, per frattura di femore inferiore ai 75 casi. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate. Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, si richiama l'attenzione al raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione. Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi. Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015			Si conferma, relativamente agli interventi per tumore primitivo della mammella, il percorso interaziendale breast unit. Nel primo semestre, il n° di colecistectomie è pari a 101 a Fidenza (di cui 96 eseguite per via laparoscopica) e 36 a Borgotaro (tutte eseguite per via laparoscopica); il n° di interventi per frattura di femore è pari a 75 a Fidenza e 21 a Borgotaro. La percentuale dei pazienti operati entro 48 ore esprime un valore pari al 68% a Fidenza e al 95% a Borgotaro. Il flusso regionale SISEPS, che applica un razionale predefinito, esprime un valore pari al 61.1% a Fidenza ed al 66,7% a Borgotaro. I dati riferiti ai primi 9 mesi del 2018 indicano il n° di colecistectomie è pari a 148 a Fidenza e 52 a Borgotaro (tutte eseguite per via laparoscopica); il n° di interventi per frattura di femore è pari a 107 a Fidenza e 40 a Borgotaro. La percentuale dei pazienti operati entro 48 ore esprime un valore pari al 68% a Fidenza e al 95% a Borgotaro. Il flusso regionale SISEPS, che applica un razionale predefinito, esprime un valore pari al 67,37% a Fidenza ed al 60% a Borgotaro. Questi dati hanno evidenziato criticità sia sul tempo di dimissione di pazienti dopo colecistectomia laparoscopica, sia sulla percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore. E' in corso una verifica sui dati al fine di valutare i fattori ostativi e consentire un miglioramento della performance.						
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
numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura all'anno	specifico flusso di riferimento		Numero >=		100,00				0,00%
colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%				0,00%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura all'anno	specifico flusso di riferimento		Numero >=		75,00				0,00%
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%				0,00%

Settore	2.2.4	<u>DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</u>		 0%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti, a cura del CRT-ER sono stati previsti specifici obiettivi, attribuiti alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, in modo coerente con le dotazioni delle strutture ospedaliere necessarie per le predette attività.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.2.4.1	<u>DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</u>	 0%		
Descrizione			Rendicontazione		
Gli obiettivi attribuibili all'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, nell'ambito di quelli identificati a livello regionale dal CRT-ER, sono i seguenti: - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni; - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti; - Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna).			vd rendicontazione obiettivo 2.2.5.10		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.4.1	DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule								 0%
Indicatore		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 indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%	
Percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%	
Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%	

Settore	2.2.5	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 74%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2018 dovrà essere garantita 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. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di

accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalle "Linee guida alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" (DGR 1921/07), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2017 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA). Dal 2017 è in atto la riorganizzazione dei punti nascita sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 e del Protocollo metodologico per la richiesta di deroga del Ministero della Salute del 2015. Tale riorganizzazione ha portato al superamento di 4 punti nascita che avevano nel 2016 un numero di parti significativamente inferiore ai 500/anno e alla concessione di deroga temporanea per altri 3 punti nascita. Le Aziende USL di Parma, Reggio Emilia, Modena e Ferrara, interessate al processo di riorganizzazione, nei distretti dove è avvenuto il superamento, dovranno mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto. (DGR 919/18 pag. 49 di 106) La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

Le Aziende dovranno inoltre ottemperare alle indicazioni che saranno fornite sulla rendicontazione periodica relativa al progressivo esaurimento della casistica inserita in lista di attesa prima del 31/12/2017 (rif. Nota PG 93684 del 9/2/2018). Per ogni Azienda Sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente secondo quanto previsto dalle emanande linee guida regionali. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso. Le Aziende dovranno inoltre predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale,

inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza (DGR 919/18 pag.66 di 106)

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.2.5.1	DGR 919/18 - Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico			 55%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.1	DGR 919/18 - Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico							 55%
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.			Sono state introdotte sia azioni dirette che procedure e istruzioni operative per la gestione di gravide, partorienti e neonati relativi al superamento del punto nascita di Borgotaro chiuso ad ottobre. In particolare sono stati implementati tutti i percorsi di presa in carico delle gravide fino al momento del parto ed è stata monitorata l'attivazione delle procedure per il trasporto presso il punto nascita di riferimento. Sono in corso analisi dettagliate del dato della % dei cesarei espletati presso il punto nascita di Fidenza, al fine di introdurre correttivi adeguati. Le azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita presso il Distretto di Borgotaro hanno evidenziato la corretta gestione delle gravidanze afferenti al distretto e non si sono evidenziate problematiche particolari riferite al parto o al peripartum.						
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
Percentuale di tagli cesarei primari HUB	CEDAP		% <=		25,00%		0,00%		100,00%
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE	SIVER		% <=		15,00%		15,68%		16,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2016 spoke con numero parti >=1.000)	SIVER		% <=		7,00%		11,54%		12,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)	CEDAP		% <=		9,00%		0,00%		100,00%
% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.	CEDAP		% <=		8,00%				0,00%
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		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.5.2	DGR 919/18 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico							 66%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 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			L'effettuazione di metodiche mediche e chirurgiche di IVG continua ad essere garantita in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. Sono state messe in campo azioni ai fini del miglioramento della performance. I dati annuali evidenziano per il primo indicatore un valore pari al 42,02% superiore quindi all'atteso. Per il secondo indicatore, il valore rilevato a Fidenza è pari a 30,26% e a Borgotaro 64,15% con media di Presidio pari a 35,8%. E' in corso una revisione dell'organizzazione delle sedute di IVG chirurgica con personale non obiettore.						
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
% di donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche.		Rilevazione IVG	% <=		25,00%		42,02%		32,00%
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.		Rilevazione IVG	% >=		27,00%		30,71%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.5.3	DGR 919/18 - Procreazione Medicalmente Assistita - Dipartimento Chirurgico							 0%
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 Presidio Ospedaliero Aziendale si effettua il primo livello di PMA.			Nel corso del primo semestre è stata inoltrata alla RER la richiesta di conferma della autorizzazione regionale e della predisposizione della relativa documentazione. Nel PO viene garantito il primo livello di PMA e, ad organico completo, non vi è di norma attesa. L'obiettivo non è applicabile in quanto nella struttura non vengono effettuati donazioni di gameti, nè PMA eterologa.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.5.3	DGR 919/18 - Procreazione Medicalmente Assistita - Dipartimento Chirurgico							 0%
Indicatore	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%				0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.5.4	DGR 919/18 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico							 98%
Descrizione			Rendicontazione						
Le aziende devono provvedere alla corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA. Ridurre i tempi di attesa: Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda. Corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo SIGLA al fine del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. (DGR 919/18 pag.66 di 106)			Sono state messe in atto nel corso del primo semestre azioni di controllo e pulizia delle liste di attesa e di monitoraggio dei tempi di attesa per specialità e classe di priorità. In particolare si è garantito il rispetto dei tempi di attesa per i tumori. Il calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivo SDO per gli interventi sotto monitoraggio della RER nel primo semestre ha evidenziato l'82,4 % dei ricoveri entro la classe di priorità sul totale degli interventi monitorati. I dati sono già inseriti nella verifica dell'obiettivo. Gli obiettivi della 272/2017 sono riferiti all'anno 2017 e non prevedono attività da effettuare nell'anno 2018, per cui l'obiettivo non è valutabile. Il dato annuale retrospettivo da SDO, così come desunto dai dati consegnati nell'incontro regionale del 26/02/2019, è pari a : indicatore n.1: 90,2%; indicatore n. 2: 91,2%; indicatore n.3 80,3%; indicatore n. 4: 100%; indicatore n. 5: 90%.						
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	2.2.5.4	DGR 919/18 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Dipartimento Chirurgico								 98%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
IP Per i tumori selezionati (entro 30 gg)	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,20%		100,00%		
IP per le protesi d'anca (entro 180 gg)	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		91,20%		100,00%		
IP per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		80,30%		89,00%		
Corretta alimentazione flusso SIGLA (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore da 01/01/2018)	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Esaurimento della casistica inserita in sigla (vecchio tracciato record) entro il 31/12/2017	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		100,00%		
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione perioperatoria e informazione	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.2.5.5	DGR 919/18 - Emergenza Ospedaliera - Dipartimento Chirurgico								 80%
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)			Il NEDOCS è stato testato nel mese di ottobre; si resta in attesa dell'inserimento informatico definitivo nel programma di Pronto Soccorso. Il piano per l'iperafflusso è stato aggiornato ed applicato. Il tempo di permanenza in PS è inferiore a 6 ore in oltre il 90% dei casi.Sono stati attivati percorsi per pazienti fragili (BPCO e Scompenso cardiaco) con i MMG. Per quanto riguarda la rete STEN provinciale, si resta in attesa di attivazione del percorso deliberato, da parte di AOSP di Parma.							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.5	DGR 919/18 - Emergenza Ospedaliera - Dipartimento Chirurgico							 80%
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
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Applicazione piani per l'iperflusso per ciascun PS.		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Tempo di permanenza in PS (mediana 2017 per stabilimento)		Specifico flusso di riferimento	Numero <=		145,00		148,00		98,00%
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		2,00		100,00%
Assetto reti STEN come da DGR 1603/13		Specifico flusso di riferimento	Data <=		31/12/2018				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	2.2.5.6	DGR 919/18 - Rete per la Terapia del dolore								 92%
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	2.2.5.6	DGR 919/18 - Rete per la Terapia del dolore							 92%
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)			Viene garantita una rilevazione almeno giornaliera del dolore in tutti i ricoveri ordinari. Il dato costituisce campo obbligatorio nella compilazione della SDO ed è oggetto di controllo di qualità della documentazione; il dato semestrale non è ancora disponibile. La rilevazione annuale derivata dallo specifico campo SDO ha evidenziato la presenza di almeno una rilevazione del dolore in una percentuale pari all'84,12% a Fidenza e 90% a Borgotaro.						
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
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero.		nuova SDO campo B025	% >=		95,00%		87,00%		92,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.5.7	DGR 919/18 - Rete per le patologie tempo-dipendenti							 97%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.5.7	DGR 919/18 - Rete per le patologie tempo-dipendenti							 97%
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106)			E' stato costituito specifico gruppo di lavoro per l'aggiornamento del PDTA stroke. I dati dei primi 9 mesi evidenziano un valore del 100% dei casi di stroke con centralizzazione primaria. Il valore % dei transiti in stroke unit è stato pari al 99% . La % di trombolisi E.V è stata pari all'11%. Si evidenzia una corretta gestione del percorso sullo stroke.						
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
% di casi di stroke con centralizzazione primaria		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%		100,00%
% transiti in stroke unit		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		99,00%		100,00%
% trombolisi e.v.		specifico flusso di riferimento	% >=		12,00%		11,00%		92,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.5.8	DGR 919/18 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico							 88%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.5.8	DGR 919/18 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirirgico			 88%
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		Nel primo semestre, il n° di colecistectomie è pari a 101 a Fidenza (di cui 96 eseguite per via laparoscopica) e 36 a Borgotaro (tutte eseguite per via laparoscopica); il n° di interventi per frattura di femore è pari a 75 a Fidenza e 21 a Borgotaro. La percentuale dei pazienti operati entro 48 ore esprime un valore pari al 68% a Fidenza e al 95% a Borgotaro. Il flusso regionale SISEPS, che applica un razionale predefinito, esprime un valore pari al 61.1% a Fidenza ed al 66,7% a Borgotaro. I dati consuntivi dell'anno 2018 hanno evidenziato alcune criticità sia sul tempo di dimissione di pazienti dopo colecistectomia laparoscopica, sia sulla percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore. E' in corso una verifica sui dati al fine di valutare i fattori ostativi e consentire un miglioramento della performance. Occorre però evidenziare che le due strutture ospedaliere Fidenza e Borgotaro sono integrate in un unico dipartimento chirurgico e pertanto i pazienti più complessi vengono operati presso l'ospedale di Fidenza in quanto la struttura è in grado garantire attività di terapia intensiva post-operatoria. Negli ospedali è attivato un gruppo multidisciplinare per la valutazione preoperatoria dei pazienti oncologici, non è disponibile un flusso di riferimento per l'estrapolazione del dato.			
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.5.8	DGR 919/18 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico								 88%
Indicatore		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	Numero >=		100,00		207,00		207,00%	
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		68,00		68,00%	
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		73,13%		73,00%	
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale di Fidenza		specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		146,00		146,00%	
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale Santa Maria di Borgotaro		specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		56,00		56,00%	
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale		specifico flusso di riferimento	Numero >=		70,00		65,09		65,00%	
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.2.5.9	DGR 919/18 - Screening oftalmologico neonatale								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Attivazione entro l'anno 2018 in tutti i punti nascita dello screening oftalmologico neonatale . (DGR 919/18 pag. 75 di 106)			Il percorso dello screening oftalmologico è attivo presso il punto nascita di Fidenza (100% dei punti nascita); è in corso anche una collaborazione con la Clinica oculistica di AOSP per la presa in carico diretta dei neonati con anomalia del riflesso allo screening.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.9	DGR 919/18 - Screening oftalmologico neonatale							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di Punti Nascita in cui è stato attivato lo screening entro il 2018		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.10	DGR 919/18 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule							 65%
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 Presidio ospedaliero aziendale ha proseguito nell'anno 2018 il percorso di sostegno alla donazione, secondo le modalità previste dal Centro Regionale Trapianti.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.10	DGR 919/18 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule								 65%
Indicatore		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	Si/No		Si		Si		100,00%	
Numero di donazioni di cornee da prelevare nell'anno 2018 rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		27,00		30,00		30,00%	

Area	3	<u>ACCORDI DI FORNITURA E PROGETTI DI INTEGRAZIONE DI RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE</u>	 92%
-------------	----------	---	---

Sub-Area piano delle azioni	3.1	<u>L'accordo di fornitura con l'azienda Ospedaliero Universitaria</u>	 100%
------------------------------------	------------	--	--

Settore	3.1.1	<u>Obiettivi generali</u>	 100%
----------------	--------------	----------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'accordo di fornitura per l'anno 2018 dovrà razionalizzare i rapporti di collaborazione, sia nei sistemi di rete hub / spoke, sia nell'erogazione coordinata delle funzioni di base, per il bacino d'utenza provinciale. Dovrà proseguire l'attuazione del documento congiunto di programmazione dei posti letto, approvato dalla CSST, nel quadro di quanto previsto dal DM Salute n. 70/2015 e dalla DGR 2040/2015. Dovranno essere richiamate le previsioni della DGR 830 / 2017, 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	3.1.1.1	Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2018			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	3.1.1.1	Accordo contrattuale di fornitura per l'anno 2018							 100%
Aggiornamento, condivisione e ratifica congiunta dell'Accordo contrattuale di fornitura per il 2018, con la conferma degli impegni di programmazione integrata dei posti letto, inseriti nel documento comune di programmazione, approvato dalla CSST entro i termini previsti dai combinati disposti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. L'accordo contrattuale di fornitura dovrà recepire le indicazioni contenute al capitolo 3 dell'allegato B alla DGR 830/2017.			L'Accordo contrattuale di fornitura è stato oggetto di una approfondita istruttoria corso del primo semestre ed è stato portato a compimento nel secondo semestre, con la firma congiunta delle due direzioni generali.						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	DM 2.4.2015, n. 70; DGR 2040 del 10.12.2015; DGR 830 del 12.6.2017.					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali.		Direzione Generale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.1.1.2	Gestione e monitoraggio interaziendale del Cruscotto provinciale per i ricoveri in acuzie							 100%
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.			La gestione integrata del "Cruscotto Provinciale dei ricoveri in acuzie" è proseguita senza soluzioni di continuità, con conferma dei contenuti degli accordi e dei volumi consolidati nell'ultimo triennio.						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.1.1.3	Destinazione di posti letto di lunngodegenza post - acuzie del privato accreditato ai bed blockers dell'Azienda Ospedaliera di Parma							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Negoziazione di posti letto di lungodegenza post acuzie del privato accreditato da riservare alla soluzione del problema dei bed blockers nell'Azienda Ospedaliera di Parma			Negli accordi contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati sono stati confermati i posti letto di Lungodegenza Post-Acuzie, destinati a ricevere pazienti bed blockers ricoverati in AOUPR. L'Accordo contrattuale di fornitura con Val Parma Hospital non è stato consolidato con la sottoscrizione, ma è rimasto nella configurazione di Piano Preventivo delle Prestazioni, ai sensi di legge.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 1003 del 28/6/2016-Allegato B-punto 3.2					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali		Direzione Sanitaria	Si/No		Si	Si	Si		100,00%



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	
Obiettivo	3.1.1.4	Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale				 100%
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.			Sono state mantenute in essere le comunicazioni periodiche tra la UOC di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e le strutture di Committenza dell'AUSL di Parma, per il monitoraggio dei dati di attività del Sistema Integrato Sangue e Plasma Provinciale. Gli organi Collegiali Interaziendali (COBUS e Consulta Sangue Provinciale) sono stati mantenuti attivi e propositivi lungo tutto il corso dell'anno.			
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DM Salute 02/11/2015 pubblicato su GU n.69 28/12/2015. 1003 del 28/6/2016, Allegato B, punto 3.3.		DGR



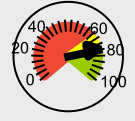
100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.1.1.4	Gestione integrata del Sistema Sangue Provinciale							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali		Servizio Trasfusionale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	3.1.1.5	DGR 830/17 - Attività trasfusionale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende Ospedaliera ed USL di Parma sono impegnate a garantire l'autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti. A tal fine devono provvedere all'approvazione della convenzione con le associazioni dei donatori presenti sul territorio provinciale (AVIS provinciale e ADAS-FIDAS provinciale). Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue l'UOC di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, responsabile del sistema sangue provinciale, è impegnata a sviluppare un progetto di PBM (patient blood management) in ambito chirurgico, ai sensi del DM del 2 novembre 2015 e secondo le Linee Guida del CNS.			La Convenzione con le associazioni del volontariato del sangue AVIS PROVINCIALE DI PARMA e ADAS-FIDAS PROVINCIALE DI PARMA è stata sottoscritta in data 18 giugno, con valenza per il triennio 2017-2019. Per quanto riguarda il progetto PBM (Patient blood management), è stato realizzato nel mese di novembre il seminario di formazione previsto nella DGR 919/18, presso la sede ospedaliera di Fidenza (Ospedale di Vaio).						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 45 del 23/01/2017.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.1.1.5	DGR 830/17 - Attività trasfusionale								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Programmazione, a cura del SIMT di AOU PR, di almeno una iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.		Evidenza documentale presso AOU PR	Si/No		Si		Si		100,00%	
Aggiornamento della convenzione stipulata con le associazioni AVIS provinciale e ADAS-FIDAS provinciale a cura di AOU PR		Evidenza documentale presso AOU PR	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	3.2	<u>Progetti di integrazione sanitaria con l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma</u>	 80%
------------------------------------	------------	---	---

Settore	3.2.1	<u>Obiettivi generali</u>	 80%
----------------	--------------	----------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Si conferma, anche per il 2018, 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. Gli impegni assumibili dal sistema sanitario provinciale per il 2017, si collocano in diretta continuazione con i progetti e le realizzazioni già implementate nel quadriennio 2013 - 2016.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	3.2.1.1	Completamento dell'assetto istituzionale del Dipartimento Farmaceutico interaziendale			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Il percorso finalizzato a costruire una maggiore integrazione strutturale delle articolazioni organizzative della farmaceutica provinciale, deve essere completato con le fasi elettive degli organi del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale.			Sono stati completati i percorsi istruttori necessari a rendere operativi gli organi collegiali del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale. Con deliberazione n. 21 del 17.1.2018. Sono state regolamentate le elezioni della componente elettiva del Comitato di Dipartimento.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/15. DGR 1003/2016 - Allegato B - punto 2.7	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.1.1	Completamento dell'assetto istituzionale del Dipartimento Farmaceutico interaziendale							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali		Direzione Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.2.1.2	Sviluppo del Polo Neurologico Interaziendale							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Il completamento delle procedure per l'attribuzione dell'incarico di direzione dell'UOC di Fidenza e l'ingresso in servizio del nuovo direttore, hanno determinato un rallentamento delle fasi di implementazione del progetto. Occorre riprendere il percorso per la costruzione condivisa delle strutture di rete e con la ridefinizione delle relazioni di rete neurologica provinciale.			Il percorso di costruzione condivisa delle strutture e dei percorsi di rete interaziendali si è di nuovo interrotto, per le dimissioni presentate dal Direttore di UOC di Fidenza, al termine dell'aspettativa concessa dalla amministrazione di provenienza, per periodo di prova, e rientro presso la stessa Azienda Sanitaria. E' in corso un riassetto organizzativo dell'organizzazione delle strutture di neurologia e neurochirurgia provinciali .						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenze documentali		Direzione Aziendale	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.1.3	Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Prosecuzione dei processi di razionalizzazione dei percorsi diagnostici integrati di rete.			Sono proseguite le collaborazioni interaziendali nelle gare indette per prodotti di uso comune ai Laboratori di Analisi Cliniche.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.2.1.3	Organizzazione di rete delle attività di laboratorio di analisi cliniche.							 100%
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 172/15					
Indicatore		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		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.2.1.4	Consolidamento dei percorsi interaziendali per l'insufficienza renale cronica							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
I Centri Dialisi ad Assistenza Limitata sono affidati all'AUSL di Parma, che ne garantisce la direzione tecnico - professionale e la direzione gestionale. Il PDTA interaziendale per la prevenzione ed il controllo della progressione della Malattia Renale Cronica costituisce la base per regolare i rapporti tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria, sede della Nefrologia di riferimento per il territorio provinciale; e d i Centri Dialisi affidati all'Azienda USL di Parma. Il coordinamento interaziendale deve essere garantito da periodici incontri di confronto e programmazione delle attività; nonché da un costante rapporto tra le direzioni, che consenta flussi bidirezionali dei pazienti in carico assistenziale, secondo necessità clinica.			Sono proseguiti, a cadenza mensile, gli incontri di coordinamento, a valenza interaziendale.						
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		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	3.2.1.5	Sviluppo di un modello organizzativo per la individuazione e realizzazione di percorsi a rilievo provinciale in area riabilitativa								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Revisione del progetto finalizzato alla costituzione del polo provinciale riabilitativo integrato ed avviamento di ambiti strutturati di collaborazione, con riferimento all'intero territorio provinciale, nella sua articolazione distrettuale, con funzione di coordinamento affidata al Direttore dell'Uoc di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliero - Universtaria di Parma.			Sono proseguiti gli incontri di coordinamento, a valenza interaziendale, coordinati dal Direttore dell'UOC di Riabilitazione dell'AOUPR.							
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	Si/No		Si		Si		100,00%	



100%

Sub-Area piano delle azioni	3.3	<u>Gli Accordi Contrattuali di fornitura con gli Ospedali Privati Accreditati del territorio provinciale</u>	 80%
------------------------------------	------------	---	--

Settore	3.3.1	<u>Obiettivi - azioni di rete ospedaliera provinciale dei singoli produttori</u>	 80%
----------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	3.3.1.1	Ospedale Privato Accreditato “Città di Parma”					 100%			
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.			Nell'accordo contrattuale di fornitura, negoziato in data 9 maggio 2018 e sottoscritto/repertoriato in data 04/07/2018, sono stati concordati sia i volumi di ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOUPR, sia le possibilità di trasferimento da reparti per acuti dell'AOUPR alla struttura, nei periodi critici di iperafflusso di pazienti.							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 1003/2016 - Allegato B						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza del cruscotto		Direzione Sanitaria	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	3.3.1.2	Ospedale Privato Accreditato “Città di Parma”								
			 100%							
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.			La collaborazione di Città di Parma al percorso IVG è stata sempre tempestiva ed efficace.							
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		100,00%	



100%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	3.3.1.3	Ospedale Privato Accreditato “Città di Parma”								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Conferma della destinazione di 9 posti letto di lungodegenza per i trasferimenti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.			Nell'accordo contrattuale di fornitura, negoziato in data 9 maggio 2018, sono stati confermati 9 posti letto di Lungodegenza Post - Acuzie, a disposizione per trasferimenti dall'AOUPR.							
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 saniaatria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	



100%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.4	Ospedale Privato Accreditato Hospital Piccole Figlie							 100%
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.			Nell'accordo contrattuale di fornitura, negoziato in data 9 maggio 2018 e repertoriato in data 27/09/2018, sono stati concordati sia i volumi di ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOUPR, sia le possibilità di trasferimento da reparti per acuti dell'AOUPR alla struttura, nei periodi critici di iperafflusso di pazienti.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Dgr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniaatria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.5	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital							 0%
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.			In data 9 maggio 2018, sono stati concordati sia i volumi di ricoveri diretti da Pronto Soccorso dell'AOUPR, sia le possibilità di trasferimento da reparti per acuti dell'AOUPR alla struttura, nei periodi critici di iperafflusso di pazienti. L'Accordo Contrattuale di fornitura non è stato firmato non per divergenze sui contenuti, ma per il confronto in atto a livello regionale e locale sulla dotazione dei posti letto della struttura, con riferimento alla distinzione tra posti letto accreditati ed a contratto di fornitura, e posti letto autorizzati, destinati all'attività non in regime di convenzione. La struttura pertanto ha ricevuto il testo della proposta di accordo contrattuale, da ritenersi come Piano Preventivo delle prestazioni ai sensi di legge.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B					

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.5	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital							 0%
Indicatore		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 saniatra	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.6	Ospedale Privato Accreditato Val Parma Hospital							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva Ricovero dall'esterno con piano individuale redatto da Medico Fisiatra			Nel Piano Preventivo delle Prestazioni, inviato in esito alla negoziazione del 9 maggio 2018, sono stati definiti sia l'utilizzo in rete provinciale dei posti letto di Riabilitazione Intensiva, sia la necessità di piano individuale redatto da Medico Fisiatra di struttura pubblica per i ricoveri dall'esterno.						
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 saniatra	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.7	Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme							 100%
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").			L'Ospedale Maria Luigia ha ricoverato in perfetta sintonia con il "Cruscotto Provinciale dei ricoveri psichiatrici". Nell'accordo contrattuale di fornitura, negoziato in data 9 maggio 2018 e repertoriato in data 03/08/2018, sono stati concordati sia l'utilizzo in rete provinciale dei posti letto, sia le modalità di interazione con il "Cruscotto".						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	3.3.1.7	Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia di Monticelli Terme							 100%
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGr 1003/2016 - Allegato B					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza nel Contratto di fornitura		Atti Direzione saniatría	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.8	Ospedale Privato Accreditato Villa Igea di Salsomaggiore Terme							 100%
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.			Nell'Accordo contrattuale di fornitura repertoriato in data 27/09/2018 sono stati previste sia la messa a disposizione dei posti letto cod. 56 e cod. 60 per la rete ospedaliera provinciale, sia la priorità da dare ai trasferimenti dall'Ospedale di Fidenza.						
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 saniatría	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.9	Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.9	Ospedale Privato Accreditato Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato							 100%
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.			L'utilizzo di sei posti letto codice 75 per le esigenze della rete ospedaliera provinciale, è stato confermato nell'Accordo Contrattuale di fornitura repertoriato in data 13/07/2018, compresa la possibilità di estensione a casi in età pediatrica, nei limiti delle disponibilità di budget concordate.						
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 saniaatria		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	3.3.1.10	Ospedale Privato Accreditato Centro Don Gnocchi di Parma							 100%
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.			Nell'Accordo Contrattuale di fornitura repertoriato in data 27/09/2018, sono stati concordati sia l'utilizzo in rete provinciale dei posti letto, sia le modalità di incremento, nei periodi di iperafflusso.						
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 saniaatria		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Accordi integrativi per far fronte a condizioni straordinarie.	Atti Direzione saniaatria		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	3.4	<u>Monitoraggio della mobilità passiva</u>	 100%
------------------------------------	------------	---	---

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	3.4.1.1	Monitoraggio della mobilità sanitaria passiva			 100%

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 cura dell'Ufficio Mobilità, sono stati prodotti i report periodici e di approfondimento, per l'esame dell'andamento della mobilità da parte della Direzione Sanitaria Aziendale.						
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
Evidenza documentale	Direzione Sanitaria		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Sub-Area piano delle azioni	3.5	Obiettivi e modalità di realizzazione dei controlli sulle prestazioni sanitarie ospedaliere	 100%
------------------------------------	------------	--	---

Settore	3.5.1	Inquadramento generale	 100%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	3.5.1.1	Controlli anagrafici e di residenza	 100%		
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.			Sono state pienamente rispettate le scadenze di cui alla normativa regionale vigente.		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DM Salute 10/12/2009 pubblicato su GU n.122 27/5/2010	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.5.1.1	Controlli anagrafici e di residenza							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assolvimento puntuale a debito informativo Regionale		Atti Direzione Sanitaria	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	3.5.1.2	Controlli sugli Ospedali Privati Accreditati							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Assicurare un programma di controlli di merito sulla produzione degli ospedali privati accreditati in provincia di Parma, analizzabile nel 2018, 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.			L'attività di controllo di merito è stata condotta in modo conforme alle direttive regionali in materia.						
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	100,00%	100,00%
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati		Database regionale "Portale controlli"	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	3.5.1.3	Controlli sugli Ospedali Pubblici a gestione diretta							 100%
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.			L'attività di controllo di merito è stata condotta in modo conforme alle direttive regionali in materia.						
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	100,00%	100,00%
Controlli estemporanei in rapporto a casi particolari segnalati	Database regionale "Portale controlli"		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Area	4	<u>AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</u>	 68%
-------------	----------	--	---

Sub-Area piano delle azioni	4.1	<u>AREA TRASVERSALE</u>	 68%
------------------------------------	------------	--------------------------------	---

Settore	4.1.1	<u>Obiettivi generali</u>	 75%
----------------	--------------	----------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Lo scenario attuale è caratterizzato da una parte dall'aumento costante dei problemi legato all'invecchiamento della popolazione e in generale al tema della non autosufficienza, alle crescenti difficoltà delle famiglie con minori e al disagio giovanile, al tema delle nuove povertà, alle complesse problematiche reattive all'immigrazione, dall'altra dalla severa riduzione delle risorse a disposizione sia degli Enti che dei cittadini, in un contesto istituzionale e organizzativo complesso e in trasformazione. Negli ultimi anni emerge, inoltre, il tema drammatico della violenza sulle donne, particolarmente sul versante domestico e della violenza sui minori, diretta e assistita. In tale quadro gli obiettivi di integrazione socio sanitaria sul piano istituzionale, organizzativo e professionale diventano obbligatori per assicurare risposte efficaci ai bisogni delle persone e utilizzo ottimale delle risorse. Nel 2016 gli obiettivi principali che si intendono perseguire sono i seguenti:

- 1) rafforzamento del Gruppo per l'Integrazione quale strumento tecnico a supporto della CTSS e luogo di confronto e condivisione di linee e progettualità;
- 2) sviluppo dell'equità di accesso ai servizi socio sanitari mediante la qualificazione ed omogeneità dei criteri di valutazione delle UVG/UVM e la condivisione di criteri di priorità;
- 3) miglioramento dei percorsi di accesso ai servizi sanitari per le persone con disabilità;
- 4) sviluppo della qualità assistenziale nelle strutture accreditate per anziani e disabili;
- 5) partecipazione alla rete territoriale e promozione di azioni che favoriscano azioni di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza, nonché sviluppo e consolidamento del Centro per il cambiamento degli uomini violenti;
- 6) 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.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale			 67%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.1	Integrazione interistituzionale e interprofessionale							 67%
Rafforzamento e sviluppo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria -quale 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 con la committenza, effettuando in particolare attività di istruttoria tecnica relativamente alle diverse tematiche socio-sanitarie trattate dalla CTSS; - ha fornito supporto agli Uffici di Piano ed alle Direzioni dei Distretti nella fase di elaborazione del "Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale" - attuativo 2018 -, attivando momenti di confronto finalizzati a fornire le informazioni necessarie per la stesura del Piano stesso, sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione; - ha attivamente collaborato nell'ambito dell'attività degli Uffici di Piano distrettuali, per il tramite dei propri professionisti, 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; - ha proceduto alla stesura del riparto distrettuale del FRNA 2018 per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite, che è stato approvato dalla CTSS nella seduta del mese di ottobre; - ha dato mandato alla costituzione di un gruppo di lavoro provinciale per la predisposizione di linee guida aziendali inerenti alla gestione delle "Case Famiglia". La Direzione Attività Socio Sanitaria, previo confronto con i Direttori di Distretto e gli Uffici di Piano, ha approvato con determina n. 1403 del 11/12/2013 il "Regolamento per il funzionamento del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria".						
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
N° incontri	Firme presenza, verbali in atti DASS		Numero <=	3,00	6,00	3,00	8,00	100,00%	67,00%

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			 100%

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.	"È stato costituito un gruppo di lavoro, composto da professionisti dei SAA, delle UVG e del Dipartimento di Salute Mentale, con il mandato di condividere criteri e strumenti di valutazione e percorsi di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per anziani in carico al DSM. Il gruppo di lavoro, che nel primo semestre si è ritrovato cinque volte, ha elaborato una bozza di documento che sarà oggetto di approfondimento nel secondo semestre. I primi incontri, a cui ha partecipato anche la fisiatra in forza alla DASS, hanno avuto come focus l'analisi e l'identificazione delle scale di valutazione. Nel secondo semestre è proseguito il lavoro del gruppo, con l'invio ai responsabili sanitari dei DSM della bozza del documento per un'eventuale integrazione e revisione. La bozza del documento così rivista è stata oggetto di un incontro con i SAA. Il lavoro proseguirà anche nel corso del 2019 per la definizione del documento condiviso con tutti i professionisti coinvolti."

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 >=	2,00	4,00	5,00	6,00	100,00%	100,00%
Documento	Atti ufficio	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

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			 0%

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.3	Area Anziani e Disabili - Miglioramento delle condizioni di vita e del livello delle cure prestate nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili			 0%
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: - attivazione di percorsi formativi di ambito distrettuale, rivolti ai gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili ed ai caregivers informali, per l'applicazione delle raccomandazioni per la valutazione e gestione della disfagia; - Progetto ALT in collaborazione con il SIT: a seguito dell'attuazione dello studio HALT3 in numerose CRA della provincia, sostituzione di una rete di professionisti sanitari referenti del rischio infettivo nelle strutture, definizione e avvio del percorso formativo sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; - a seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona", definizione da parte del Comitato di progetto del percorso operativo; approvazione dei Comitati di Distretto, attuazione del percorso attraverso incontri gli Enti Gestori e con altri Soggetti coinvolti (OO.SS., Enti di Formazione, ecc.).		"Percorso della disfagia" In applicazione del documento aziendale ""Raccomandazioni sulla valutazione e gestione della disfagia nei servizi socio-sanitari"" (RVGD) approvato con delibera aziendale 509/2017, sono state organizzate e gestite nei Distretti Valli Taro Ceno, Sud-Est e Fidenza sei edizioni del corso ""Screening, valutazione e gestione della disfagia"", rivolto ad operatori delle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili ubicate nei tre Distretti, con la finalità di approfondire la conoscenza sulla problematica della disfagia, migliorare le pratiche assistenziali e le tecniche riabilitative. Hanno partecipato complessivamente 218 operatori tra medici di struttura, infermieri, fisioterapisti, educatori e OSS. La formazione degli operatori è stata assicurata e monitorata da medici fisiatri dell'Azienda USL specializzati sul tema disfagia. Il documento aziendale RVGD è stato edito a stampa, diffuso e distribuito ai medici di struttura, alle CRA e centri diurni ubicati nel territorio provinciale. Nel primo semestre 2018 si è creato in collaborazione con la Farmacia Aziendale un gruppo di lavoro ""Gestione del farmaco nel paziente disfagico"" a cui hanno partecipato medici di struttura e coordinatori infermieristici delle CRA provinciali con l'obiettivo di rivedere il prontuario dei farmaci integrandolo con un elenco di possibilità prescrittive alternative. Si sono svolti 4 incontri, durante i quali è stato coinvolta anche l'U.O. Governo Clinico. Nel secondo semestre 2018 il gruppo di lavoro, coordinato dal fisiatra del DASS, si è riunito due volte. Dopo un'analisi approfondita del prontuario farmaceutico condiviso, anche con i colleghi dell'AUSL di Piacenza, è stato stilato un elenco di forme farmaceutiche alternative prescrivibili. Su proposta della farmacia aziendale è stato condiviso di inserire l'elaborato, già integrato in base alle nuove gare regionali, nel programma Aven, anche ai fini di un aggiornamento continuo dello stesso. E' prevista nel corso del 2019 una giornata di restituzione ai professionisti coinvolti. Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona In coerenza con gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, il gruppo di progetto ha definito il percorso formativo dal titolo "Prevenzione del maltrattamento nei servizi per le persone non autosufficienti" rivolto principalmente ai responsabili ed agli operatori delle strutture per persone non autosufficienti (coordinatori, infermieri, oss), includendo anche le strutture non soggette ad autorizzazione al funzionamento quali le case famiglia. Il percorso è stato organizzato nel periodo ottobre/dicembre 2018 per un totale di 12 incontri con la partecipazione di complessivamente 182 operatori, che hanno evidenziato una forte soddisfazione per l'oggetto dell'argomento che è stato trattato con competenza e serietà da parte dei docenti."			

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							 0%
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 514/2009					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N° Incontri		Firme presenza	Numero <=		4,00		12,00		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.4	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione linee operative per l'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e per l'assistenza specialistica con particolare attenzione alle persone con disabilità.			"E' stato elaborato il documento "Programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza dell'Azienda USL e nell'assistenza specialistica" condiviso con il gruppo di lavoro. Il documento è stato presentato alla Direzione Sanitaria per la definizione dei passaggi successivi. Nel corso dell'anno sono stati effettuati inoltre incontri con i responsabili dell'area disabilità dei Distretti e dei Comuni, con l'associazione di volontariato "Bambini e autismo" di Fidenza" e con i primari del Presidio Ospedaliero di Vaio per la definizione del percorso formativo rivolto agli operatori sanitari."						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	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. incontri		Fime presenza, verbali	Numero <=		4,00		3,00		100,00%
Documento		Atti ufficio	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.5	Area gravi disabilità acquisite – Definizione criteri di accesso ai servizi			 100%

Descrizione		Rendicontazione			
In continuità con la progettualità realizzata negli anni precedenti dalla commissione aziendale Gra.D.A., il documento approvato dalle Commissioni distrettuali grada sarà approvato a livello aziendale. Per facilitare il lavoro dei singoli professionisti, verrà elaborato dalla Direzione Attività Socio Sanitarie un unico format per la raccolta delle diverse informazioni necessarie anche per le rendicontazioni richieste dalla Regione.		"Il regolamento per l'accesso alla ree dei servizi per le persone valutate con grave disabilità acquisita, unitamente alle schede di valutazione (adulti e minori) è stato presentato in Collegio di Direzione in data 06/11/2018. Con delibera n. 899 del 19/12/2018, oltre ad avere approvato il regolamento, è stata ridefinita la composizione della commissione aziendale. Si è proceduto inoltre ad informatizzare la scheda di valutazione dell'area adulti e minori al fine di rendere più immediata la compilazione delle stesse da parte dei professionisti interessati alla fase di valutazione della grave disabilità acquisita."			

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
Approvazione documento	Atto	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Elaborazione format	Elaborazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	4.1.1.6	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza sulle Donne e sulle Fasce Deboli			 100%
Descrizione		Rendicontazione			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	4.1.1.6	Area Progetti finalizzati - Contro la Violenza sulle Donne e sulle Fasce Deboli							 100%
Negli ultimi anni l'impegno aziendale sul tema della violenza domestica e di genere si è caratterizzato con i numerosi momenti formativi attuati per operatori della Sanità, del Sociale, delle Forze dell'Ordine, delle Associazioni e del terzo settore, della cittadinanza in genere; con la partecipazione e adesione ad incontri istituzionali di verifica, organizzativi e di programmazione progettuale promossi nell'ambito dei doveri derivanti dal Protocollo d'Intesa sottoscritto in Prefettura; con la riorganizzazione dei servizi aziendali funzionale all'accoglienza e presa in carico delle vittime, come pure con l'apertura del Centro LDV rivolto agli aggressori. In continuità con il percorso intrapreso nell'anno precedente volto all'elaborazione, attraverso gruppo di lavoro interistituzionale del Documento di indirizzo da sottoporre alla CTSS: definizione del documento, presentazione alla CTSS, costituzione di un Gruppo permanente di lavoro composto da Professionisti delle due Aziende Sanitarie, dei Comuni, del Centro Antiviolenza, per il confronto, la condivisione di percorsi, procedure, attività di formazione e prevenzione.			"Nel corso del 2018 la Direzione Attività Socio Sanitarie ha operato due linee di intervento, la violenza di genere e la violenza su anziani e disabili. Contro la violenza di genere A seguito dell'approvazione del documento di ambito sovradistrettuale da parte della CTSS, si è costituito il gruppo tecnico provinciale che elaborerà percorsi, procedure e si occuperà della formazione. Nel secondo semestre hanno preso avvio gli incontri del tavolo tecnico finalizzati a sviluppare il documento e individuarne gli obiettivi strategici da realizzare nei territori: criticità da superare, buone prassi da implementare ed uniformare in tutti i territori, formazione, individuazioni di percorsi integrati tra tutti i nodi della rete, ecc. Fasce deboli A seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento ""Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona"" e nell'ambito del percorso progettuale individuato dal comitato di progetto ,nel secondo semestre è stato realizzato un percorso di formazione in ognuno dei 4 Distretti, rivolto ai coordinatori e referenti delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le Case Famiglia, per un totale di 10 incontri."						
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
Partecipazione al Gruppo di Lavoro e definizione documento di indirizzo		Documento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Incontri gruppo permanente di coordinamento		Firme presenza	Numero >=	2,00	4,00	2,00	4,00	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	4.1.1.7	Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole							 50%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	4.1.1.7	Area Giovani – Programma Promozione della Salute nelle Scuole							 50%
Revisione dei progetti inseriti nel programma "AUSL per la Scuola" in collaborazione con gli Uffici di Piano distrettuali al fine di creare connessioni con la programmazione del Piano di Zona annuale e triennale. Definizione ed elaborazione della convenzione con l'ufficio Scolastico Provinciale per l'attuazione dei progetti inseriti nel programma aziendale "AUSL per la Scuola"			"Sono stati effettuati gli incontri con i rappresentanti delle scuole per la presentazione dei progetti del catalogo "AUSL per la scuola" – Anno scolastico 2018/2019. Agli incontri, organizzati sui quattro Distretti, hanno partecipato complessivamente 29 insegnanti di tutti gli ordini e gradi. Parallelamente, è stato costituito un gruppo tecnico con il mandato di revisionare i progetti inseriti nel catalogo, processo che proseguirà anche nel corso del 2019. Sul fronte della convenzione, l'Ufficio Scolastico provinciale, nonostante le diverse sollecitazioni, al 31/12/2018 non aveva inviato la convenzione aggiornata con i nominativi dei referenti delle scuole, necessaria affinché l'Azienda USL potesse procedere all'approvazione dell'atto deliberativo."						
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		5,00		100,00%
Convenzione		Approvazione	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.8	Area Minori – ambito Tutela			
Descrizione			Rendicontazione		

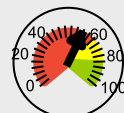
Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.8	Area Minori – ambito Tutela							
Proseguimento nel percorso di integrazione istituzionale e professionale ,svolgendo funzioni di supporto e coordinamento nella stesura degli Accordi Locali formalizzati dai Comitati di Distretto. Per il 2018 si completerà labozza redatta dal gruppo di lavoro nominato dal Comitato di Distretto di Fidenza e si proseguirà nel gruppo nella stesura della bozza degli Accordi locali nel Distretto Valli Taro e Ceno.Nel Distretto Sud Est, dopo l'approvazione degli Accordi Locali da parte del Comitato di Distretto, proseguirà la collaborazione e il supporto della DASS nel gruppo di lavoro nominato per la stesura delle procedure applicative delgli Accordi, su mandato della Presidenza del Comitato di Distretto. Per quanto concerne il Distretto di Parma prosegue la funzione di supporto alla Direzione di Distretto e del DAISM-DP per il rinnovo del Protocollo scaduto al 31/12/2015 e la partecipazione all'UVM tutela del Comune di Parma ai sensi della DR 1102/13 (?).Al fine di promuovere funzioni di sisitema , prosegue la partecipazione ai gruppi di lavoro interni riguardo la Violenza alle donne per quanto attiene alla violenza assistita.Prosegue nel 2018 l'attività correlata alla funzione direferenza 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.			E' proseguita l'attività di integrazione dell'Area Minori con i tavoli distrettuali e territoriali relativi alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere. In particolare su mandato della CTSS è stato insediato un gruppo di lavoro interistituzionale sociosanitario con l'obiettivo di sviluppare, adottare nelle prassi dei servizi distrettuali i contenuti del documento “Prevenzione e Contrasto della violenza di genere nei confronti delle donne” per il coinvolgimento dei minori nei casi di violenza assistita, maltrattamenti in famiglia al fine di coniugare il supporto alla donna e la tutela del minori. In corso la rendicontazione 2018 del progetto 3.7 con raccolta dei dati acquisiti dai Servizi Sociali e sanitari relativi ai minori in carico per A/M trattati in integrazione multiprofessionale. Passato in Comitato di Distretto del Sud Est l'approvazione dell'Accordo Locale.						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR N.172/2015 DGR 1677/2013 DGR 1102/2014					
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
Accordi locali		segreteria Distretti, gruppo integrazione,DASS	Si/No	Si	Si		Si		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.1.9	DGR 830/17 - Contrasto alla violenza			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015). Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e attraverso la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Proseguire nella raccolta delle buone pratiche locali per la prevenzione del altrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura. 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.			Nell'ambito degli incontri del Gruppo Infanzia Adolescenza istituito dalla DASS, si è attuata una funzione di sistema/raccordo sul tema del “Maltrattamento Infantile” nelle diverse fasi di intervento integrato multi ed interprofessionale ed interistituzionale, in assenza finora di un organismo formalizzato con mandato istituzionale della CTSS nell'Area della Tutela. PRP progetto 3.7 Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura. Azioni poste in essere : -rendicontazione nel Giugno us relativamente alla formazione e all'indicatore sentinella; -promozione e docenza in eventi formativi congiunti nell'ambito della violenza assistita, in collaborazione con l'UO Salute Donna screening della violenza in gravidanza, in collaborazione con la Salute Donna; -incontro con i facilitatori delle due aziende sanitarie AOU ed AUSL di Parma per la programmazione della formazione specialistica sanitaria per il 2019."						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	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 eventi formativi realizzati		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		3,00		100,00%
numero di centri LDV mantenuti attivi		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			61%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			 61%
		La programmazione 2017 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FRNA, FNA, L. 112/2016 "Dopo di noi"). Le Aziende UsI dovranno assicurare: - il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. - la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA per quanto riguarda l'individuazione delle persone con gravissima disabilità in base a quanto previsto nel decreto stesso e la garanzia dell'immissione dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto;... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.18)	FRNA I Distretti hanno provveduto a monitorare e a programmare le risorse del FRNA per la gestione dei servizi domiciliari e residenziali per anziani e disabili: è infatti di competenza dei Distretti E' di competenza dei Distretti la programmazione del Si è proceduto ad effettuare il riparto del FRNA per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite che è stato approvato dalla CTSS nella seduta del mese di ottobre (la comunicazione da parte della Regione di assegnazione delle risorse del FRNA è avvenuta nel mese di luglio, ma la CTSS è stata convocata nel mese di ottobre), previo confronto con i Direttori di Distretto ed i Responsabili degli Uffici di Piano. E' stata garantita la corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale per i servizi accreditati (DGR 273/2016). In questo ambito la Direzione Attività Socio Sanitarie ha supportato le Direzioni dei Distretti nella fase di monitoraggio, organizzato dalla Regione, inerente alla valutazione dell'impatto economico dei criteri regionali connessi al rimborso dell'assistenza infermieristica e fisioterapica nei servizi socio-sanitari accreditati. FNA Gli ambiti distrettuali, attraverso le UVM, hanno garantito sia la corretta applicazione del decreto interministeriale di finanziamento del FNA relativamente alla individuazione delle persone con gravissima disabilità secondo i criteri approvati con lo stesso decreto, che l'esatto utilizzo della quota vincolata per le gravissime disabilità, nonostante al 31/12/2018 non fosse stata comunicata la quota di finanziamento a favore delle Aziende USL. Casellario dell'assistenza La Conferenza Unificata - Governo, Regioni ed Autonomie locali - in data 16/04 ha approvato a livello nazionale l'avvio per l'anno 2018 della sperimentazione relativa all'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza ed ha individuato un numero di ambiti da coprire pari ad almeno il 15% della popolazione regionale nei territori di competenza. Al 31/12 non era pervenuta alcuna comunicazione ufficiale dalla RER circa gli ambiti territoriali oggetto della sperimentazione. L'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza è di competenza degli ambiti territoriali che effettuano la liquidazione degli interventi a valere sulla quota vincolata del FNA.		
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.1.10	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							
		61%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Corretto utilizzo del FNA: immissione dati casellario dell'assistenza		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		0,00%
Adeguate offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA		specifico flusso di riferimento	% >=		2,00%		0,90%		45,00%
assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
laboratori protetti disabili: % laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70%/laboratori protetti disabili		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Settore	4.1.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 60%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Le Aziende sanitarie dovranno promuovere e sostenere la 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.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 919/18 - Contrasto alla violenza di genere			 50%

Descrizione	Rendicontazione
In applicazione dell'Accordo sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro, stipulato tra i Sindacati confederali e Confindustria, la Regione si è impegnata a sperimentare percorsi di ascolto e di supporto dedicati alle donne vittime di molestie sui luoghi di lavoro inviate dalle Consigliere di parità. La sperimentazione di tali percorsi è prevista presso alcuni consultori familiari delle Aziende nelle quali sono presenti i Centri "Liberiamoci dalla Violenza". Per il 2018, 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 (per le Aziende Usl di Parma e Modena). -A seguito dell'apertura dei nuovi centri LDV di Bologna e della Romagna, realizzazione di un percorso formativo per i professionisti aziendali (per le Aziende Usl di 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	"Si è proceduto con il mantenimento delle attività presso il Centro LDV. Relativamente al corso di formazione e-learning, tutti i contenuti sono pronti ma deve essere ultimato prima che venga messo online e ""frequentato"" dai professionisti. Nel corso del 2018, 35 uomini hanno contattato il centro LDV, di questi 29 hanno effettuato un colloquio. Sempre nel corso del 2018 6 uomini hanno concluso il percorso (iniziato nel corso del 2017), mentre 3 hanno rinunciato a proseguire l'intervento (1 dopo il colloquio iniziale e 2 durante il percorso). E' stata inoltre organizzata la I fase di formazione Facilitatori così organizzata: - percorso per referenti assistenza territoriale sociale e sanitaria (partecipazione di 8 professionisti); - Percorso per referenti Pronto Soccorso (partecipazione 6 operatori). Sono stati inoltre organizzati incontri a livello distrettuale."

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 919/18 - Contrasto alla violenza di genere							 50%
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	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. Partecipanti che hanno concluso le 20h di formazione 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 alla formazione		piattaforma FAD Asul Piacenza	% >=		70,00%				0,00%
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2017 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2017 nel centro LDV.		Rendicontazione aziendale	% >=		60,00%		75,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 919/18 - Salute in età pediatrica e adolescenziale							 0%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 919/18 - Salute in età pediatrica e adolescenziale							 0%
Accompagnare e sostenere le linee di indirizzo (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.			"Anche con riferimento all'obiettivo 8, Area Tutela Minori, è proseguita nel Distretto di Parma la funzione di supporto alla Direzione del DAISM Dp ed alla UOS NPIA attraverso la partecipazione all'UVM di norma di cadenza mensile, supporto nella pianificazione integrata sociosanitaria dei casi complessi. Nell'ambito della scheda 3.7 del PLA Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura, in collaborazione con il DAISM DP, UOC NPIA, è stato istituito un gruppo di miglioramento aziendale coordinato dalla DASS, costituito da psicologi con funzioni di IAS nell'area della Psicologia Sociale con il seguente focus "Progetti quadro, Collocamento fuori famiglia, Cura e Tutela" insediato nell'Ottobre us. Gli obiettivi del gruppo di miglioramento: indagine epidemiologica quali quantitativa sui minori accolti nelle Comunità autorizzate ai sensi della dgr 1904 e sm, implementazione dell'integrazione tra funzioni di Cura e funzioni di Tutela con partecipazione aperta anche ad una rappresentanza dei Colleghi NPI/psicologi impegnati nei percorsi di valutazione, diagnosi e cura della NPIA. Si precisa che il flusso SISAMER è gestito per competenza interamente dagli Enti Locali pertanto l'indicatore non è rilevabile."						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013, DGR 1102/2014, DGR 1904/11 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
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%				0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.3	DGR 919/18 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							 91%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.3	DGR 919/18 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			 91%
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. 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". Realizzare almeno un'iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato in ogni distretto.		Nell'ambito dell'area socio-sanitaria, a livello distrettuale, sono erogati i servizi e le prestazioni previste dal DPCM 12/01/2017. Si è proceduto ad effettuare il riparto del FRNA per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite, approvato dalla CTSS nel mese di novembre (la comunicazione della Regione di assegnazione delle risorse del FRNA è avvenuta nel mese di luglio, ma la CTSS è stata convocata nel mese di ottobre), previo confronto con i Direttori di Distretto ed i Responsabili degli Uffici di Piano (verbale agli atti della Direzione Attività Socio Sanitarie). La programmazione delle risorse del FRNA per la realizzazione dei servizi sia di ambito domiciliare che residenziale è di competenza dei Comitati di Distretto. E' stato garantito il costante monitoraggio e la rendicontazione nel sistema regionale online, nel rispetto dei tempi indicati dalla RER, delle risorse del FRNA, FNA e "Dopo di Noi" (L. 112/2016). E' stato assicurato il rispetto del monitoraggio del Flusso Mercurio Grada sia con invii alle Direzioni di Distretto ed agli Uffici di Piano per il costante monitoraggio e verifica, sia in Regione in ottemperanza alla circolare regionale 23/2012 (scadenze gennaio e agosto). E' stata effettuata la rendicontazione della spesa di cui alla DGR 2303/2016 "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per la realizzazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2017" inviata in Regione in data 23/11/2018 prot. 77979 (scadenza fissata dalla RER al 30/11/2018 PG/2018/0458981 del 25/06/2018). Per quanto riguarda l'inserimento dei dati relativi alla quota vincolata del FNA nel casellario dell'assistenza, la Conferenza Unificata - Governo, Regioni ed Autonomie locali – in data 16/04 ha approvato a livello nazionale l'avvio per l'anno 2018 della sperimentazione relativa all'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza ed ha individuato un numero di ambiti da coprire pari ad almeno il 15% della popolazione regionale nei territori di competenza. Al 31/12 non era pervenuta alcuna comunicazione ufficiale dalla RER circa gli ambiti territoriali oggetto della sperimentazione. L'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza è di competenza degli ambiti territoriali che effettuano la liquidazione degli interventi a valere sulla quota vincolata del FNA. Sulla base della programmazione distrettuale, gli ambiti territoriali hanno attivato inserimenti residenziali di sollievo. A seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona", è stato costituito un comitato di progetto che ha definito un percorso operativo, approvato dai Comitati di Distretto, presentato agli Enti Gestori dei servizi socio-sanitari, alle OOSS ed agli Enti di Formazione. Il percorso operativo è sfociato nella seconda parte del semestre in un corso, su base distrettuale, rivolto ai coordinatori di struttura, RAS e RAA delle			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.3	DGR 919/18 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza							 91%
			strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese quelle con meno di sei posti letto (case famiglia). 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 "Dopo di Noi" (l. 112/2016). Sono state realizzate iniziative di sensibilizzazione in merito al tema del caregiver.						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	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
Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi	Specifico flusso di riferimento		% >=		50,00%		50,00%		100,00%
% giornate in accoglienza temporanea di sollievo/ giornate annue in CRA.	Flusso FAR		% >=		2,00%		0,90%		45,00%
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		100,00%
Definizione e attuazione di programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione iniziative formative sul tema del caregiver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	4.1.2.4	DGR 919/18 - Rete delle cure palliative pediatriche								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
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. A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno 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 costituito 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.			Si è assolto al debito informativo con la Regione che nell'Ottobre 2018 ha fatto richiesta di procedere ad un'ulteriore indagine epidemiologica sui minori eligibili per CPP con nuova checklist comprensiva di nuova scheda di valutazione clinico funzionale definita dal gruppo di coordinamento regionale “scala accaped”. La metodologia di rilevazione dei dati ha previsto sia incontri con intervista diretta dei professionisti nei Distretti (NPIA, Medina Riabilitativa, PLS, SID, specialisti di AOU) che interviste telefoniche. La DASS ha quindi provveduto alla elaborazione e caricamento dati corredati di redazione di report che è stato inviato dalla Direzione Sanitaria alla RER entro i tempi stabiliti. Nel Collegio di Direzione del 6 Novembre 2018 si è provveduto a condividere l'esito dell'indagine epidemiologica con focus sui minori affetti da gravissima pluridabilità, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non, eligibili per accertamento da parte delle Commissioni distrettuali ai sensi della DGR 840/08. Dall'Aprile 2018, su segnalazione dei professionisti di AOU, dei Servizi Sociali, dei DCP, del DAISM DP, delle Direzioni di Distretto, per tutti i nuovi casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale (100%) si è svolta la funzione sperimentale di PUA promuovendo incontri dell'équipe integrata polispecialistica multiprofessionale AUSL-AOU per redazione congiunta del PAI, organizzazione di dimissioni protette, accompagnamento nel passaggio ai Servizi sociosanitari distrettuali per garantire la continuità assistenziale.							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1770/2016						
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	
Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il I sem. 2018		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Area	5	RETI CLINICHE INTEGRATE E AREE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO			 81%	
Sub-Area piano delle azioni	5.1	CURE PALLIATIVE			 78%	
Settore	5.1.1	Obiettivi generali			 92%	
		Finalità ed obiettivi delle azioni 2018	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				 61%
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			 61%
		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.	Primo semestre 2018: sono stati individuati i punti di accesso alla RLCP per i quattro distretti. E' in fase di elaborazione il documento attuativo della RLCP che descrive tutti gli aspetti organizzativi previsti da DGR 560/2015 "RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE" e requisiti di accreditamento e DGR 919/2018 Nel secondo semestre è stato elaborato il documento attuativo RLCP, presentato in occasione della visita di accreditamento istituzionale di azienda USL a dicembre in cui sono descritti: strumenti di attivazione della rete, identificazione di punto unico di accesso alla rete, identificazione delle figure che compongono l'unità di valutazione palliativa, definizione delle modalità comunicative tra i nodi della rete, pianificazione dei bisogni formativi in CP, pianificazione delle verifiche con audit organizzativi annuali		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 DGR 1423/17	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.1.1.1	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE								61%
Indicatore		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)		specifico flusso di riferimento	% >=		-5,00%		0,00%		0,00%	
Nr. di 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%		42,50%		43,00%	
Nr. di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti al domicilio) nei quali il periodo di rico		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		23,70%		100,00%	
Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete		atti U.O. formazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

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								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Consolidamento dell'attività di presa in carico dei pazienti nella rete delle cure palliative, in relazione agli indicatori standard regionali, attraverso una strutturazione dei percorsi in integrazione con i Dipartimenti Cure Primarie.			Primo semestre 2018: prosegue il consolidamento dell'attività di presa in carico della RLCP in relazione agli indicatori Secondo semestre 2018 : partecipazione al tavolo regionale SICP er per omogeneizzazione della raccolta dati in integrazione con dipartimenti cure primarie							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato 2015 del Direttore Generale GPG/2012/1545, REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE Cod.documento GPG/2016/1743 del 31/10/2016 DGR 1003/2016						

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							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Incontri con responsabili Cure Primarie e referenti rete provinciale CP		verbali e registro	Numero >=	3,00	6,00	3,00	6,00	100,00%	100,00%
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	Sì		100,00%
Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative		atti U.O. formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

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							 100%
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							 100%
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			La RLCP Pediatrica si fonda sulla integrazione tra le due aziende sanitarie presenti nella provincia ed è inserita formalmente nella RLCP dell'adulto.						
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	Sì		100,00%
individuazione del referente per le CP pediatriche e definizione del percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.1.1.4	Controllo del dolore								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
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.			Prosegue l'attività dedicata al controllo del dolore a livello ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	nota della Regione Emilia-Romagna prot. n. 29859 del 06/02/12 GPG/2014/1661						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
consulenze antalgiche per la rete di cure palliative		report interno del responsabile ambulatoriale	Numero >=	30,00	60,00	75,00	75,00	100,00%	100,00%	
Incontri comitato ospedale e territorio senza dolore integrato		Verbali e registro presenze	Numero >=	2,00	4,00	2,00	4,00	100,00%	100,00%	

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				 100%
Descrizione			Rendicontazione			
Prosecuzione del progetto sostenuto da associazione AISLA di Parma per l'inserimento del palliativista nell'equipe di cura dei pazienti affetti da SLA			Prosecuzione 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	5.1.1.5	Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percorsi integrati realizzati		Report piattaforma e-learning	Numero >=	20,00	40,00	48,00	48,00	100,00%	100,00%

Settore	5.1.2	<u>Linee di Programmazione RER</u>	 65%
----------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Con le DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» e DGR 1770/2016 «Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative», le Aziende sanitarie del territorio regionale hanno attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative. Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende dovranno, nel 2018, completare, nella loro struttura organizzativa, le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. In particolare dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) così come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017. Dovranno essere attivati a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori 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 nell'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»). Al fine di sviluppare la cultura delle cure palliative e la comunicazione verso i cittadini informandoli sulle caratteristiche, le modalità e i criteri di accesso alla rete sarà necessario, nel 2018, completare e aggiornare, in coerenza con la riorganizzazione, i siti aziendali dedicati alla RLCP. Inoltre, allo scopo di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 919/18 - Cure Palliative			 65%
Descrizione	Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 919/18 - Cure Palliative			 65%
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.					
E' ancora in corso completamento della struttura organizzativa Per quanto riguarda l'implementazione PUA (Punto Unico di Accesso) in tutti i distretti, con il coordinamento della U.O.C. di Cure Palliative Aziendale, è stata istituita l'UVP da gennaio 2018 (Unità di Valutazione Palliativa) composta da: Medico Palliativista, Case Manager Ospedaliero/Territoriale, Assistente Sociale Direzione Infermieristica Hospice. L'Organismo Tecnico di Coordinamento, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella RLCP, si è occupato dell'organizzazione del piano formativo, che ha visto la realizzazione dei seguenti eventi formativi trasversali della RLCP :16 marzo Convegno presentazione cure palliative Clinica Città di Parma, 5 maggio convegno riorganizzazione RLCP a Langhirano, 8 giugno convegno Fornovo DAT aperto popolazione e volontariato, 15 giugno incontro con associazioni volontariato e Uo ricerca innovazione AOU PR, 19 giugno presentazione rete palliativa pediatrica evento interaziendale. L'Organismo Tecnico di Coordinamento ha altresì affrontato il tema dell'integrazione con Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e con la Rete Pediatrica. Incremento attività del Nodo Ambulatorio CP sui 4 distretti: primo semestre 2018 305 visite verso 234 del primo semestre 2017 Per arrivare alla formalizzazione delle UCPD di base e specialistiche sono stati fatti incontri con il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e Cure Primarie della Provincia: 12 gennaio incontro con Distretto Fidenza, 18 gennaio Coordinatori case protette distretto Fidenza, 19 gennaio incontro con medici continuità assistenziale, 25 gennaio incontro con coordinatori CRA, 8 febbraio incontro Distretto Parma, 19 febbraio incontro con Direzione Generale, 9 marzo incontro con distretto Fidenza, 19 marzo incontro distretto Sud Est, 21 marzo incontro distretto Borgo val di taro, 22 marzo incontro referenti Ospedale, 4 aprile cure palliative pediatriche con direzioni generali e sanitarie delle due aziende USL. Nel secondo semestre 2018 è stato elaborato il documento attuativo RLCP, presentato in occasione della visita di accreditamento istituzionale di azienda USL a dicembre in cui sono descritti: strumenti di attivazione della rete, identificazione di punto unico di accesso alla rete, identificazione delle figure che compongono l'unità di valutazione palliativa, definizione delle modalità comunicative tra i nodi della rete, pianificazione dei bisogni formativi in CP, pianificazione delle verifiche con audit organizzativi annuali					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 919/18 - Cure Palliative							 65%
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
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%		42,50%		94,00%
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		Sì		100,00%
Nr. Annuo giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore (incremento rispetto al 2017)	Specifico flusso di riferimento		% >=		5,00%				0,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.2	<u>DEMENZE</u>	 72%
------------------------------------	------------	-----------------------	--

Settore	5.2.1	<u>Quadro generale</u>	 100%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Integrazione Ospedale - Territorio (Centro Disturbi Cognitivi, UVG, MMG, SAD, ADI, A.S, CRA, Centri Diurni, Casa della Salute, Ospedale di Comunità) e socio-assistenziale per consolidare i Percorsi di Cura Centrati sulla persona e la presa in carico integrata.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.1	Ruolo dei Medici di Medicina Generale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni “inespressi”. Attivazione di percorsi di consulenza specialistica a supporto dell'assistenza domiciliare integrata. Sostenere l'attività informativa/formativa con i MMG referenti dei NCP e delle CdS e Ospedale di Comunità dove presente.			Continuano le consulenze specialistiche a supporto dell'assistenza domiciliare integrata						
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. Consulenze Specialistiche su casi ad alta valenza/ n. complessivo delle visite		Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	100,00%
N. Segnalazioni dal MMG/N. segnalazioni da tutti i servizi della rete		Coordinatore Infer.	% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	5.2.1.2	Qualificazione della rete dei Servizi								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Migliorare la capacità di intercettare la domanda di assistenza, valutando i bisogni complessi, semplici e soprattutto i bisogni “inespressi”. Continuare a livello provinciale di attività formativa rivolta agli operatori dei servizi della rete necessaria per la costruzione di un percorso di cura centrato sulla persona.			A livello provinciale sono stati svolti e sono in programmazione attività formative rivolte agli operatori dei servizi della rete.							
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%	100,00%	100,00%
N. Segnalazioni Assitenti sociali dei Comuni/n segnalazione dalla rete dei servizi		Centro Disturbi Cognitivi		% >=	10,00%	15,00%	10,00%	15,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.2.1.3	Sostegno alla domiciliarità e presa in carico integrata di soggetti affetti da demenza presenile e senile			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.1.3	Sostegno alla domiciliarità e presa in carico integrata di soggetti affetti da demenza presenile e senile							 100%
Monitorare l'attività di collaborazione tra i soggetti della rete territoriale (Centro Disturbi Cognitivi, UVG, MMG, SAD, ADI, CRA, Centri Diurni, servizio sociale territoriale dell'area anziani e dell'area adulti- minori). Consolidare il percorso di integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio nella gestione delle dimissioni difficili. Garantire, a livello provinciale, la continuità di percorsi strutturati di sostegno alle famiglie e alle assistenti familiari: corsi di informazione/formazione, gruppi di sostegno, auto -mutuo – aiuto, Caffè Alzheimer Continuare a livello provinciale le conferenze nei comuni e le attività di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.			A livello provinciale sono state svolte con regolarità le attività informative e di sostegno rivolte ai familiari e alle badanti. Nel distretto di fidenza è in corso un progetto finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio sul modello del Meeting Centre in collaborazione con l'associazione Gruppo Sostegno Alzheimer Fidenza, Comune di Fidenza, Coop Auroradomus e Asp.						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. - DGR 172/2015 - punto 1.8					
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. incontri di sensibilizzazione alla cittadinanza	Responsabile Programma Aziendale		Numero >=	1,00	3,00	1,00	3,00	100,00%	100,00%
N. Corsi per familiari/n. corsi programmati	Responsabile Programma Aziendale		% >=	50,00%	70,00%	50,00%	70,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.2.1.4	Accesso alle prestazioni diagnostiche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.2.1.4	Accesso alle prestazioni diagnostiche							 100%
La rete provinciale dei Centri Disturbi Cognitivi è costituita da 4 Centri (Parma, Fidenza, Langhirano e Borgotaro) e 5 Ambulatori (San Secondo, Busseto,Fontanellato, Fornovo e Bedonia). In ogni Centro si prevede la presenza di un medico specialista (neurologo e/o geriatra), uno psicologo e un infermiere, in ciascun Ambulatorio si prevede la presenza di un medico e di un infermiere dedicato. Migliorare i tempi di attesa per le visite			Da gennaio è attivo l'Ambulatorio Disturbi Cognitivi presso la Casa della Salute di Fontanellato, con apertura mensile. In tutte le sedi l'attività si è svolta con regolarità						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G. 1.3 ; Delibera della RER 27/6/2016 n. 990					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tempi Attesa (ST.TA) entro 30 gg		Centro Disturbi Cognitivi	Numero <=	30,00	30,00	30,00	30,00	100,00%	100,00%
N Centri con personale dedicato/ N Centri Totali		Responsabile Programma Aziendale	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%
N. Ambulatori con personale dedicato/N. Ambulatori Totali		Responsabile Programma Aziendale	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.2.1.5	Integrazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi nel POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
All'interno della programmazione del POLO NEUROLOGICO sviluppare l'integrazione dei Centri Disturbi Cognitivi nell'area di attività territoriale (POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE) con integrazione con i servizi ospedalieri, creando, quindi, un Hub territoriale per la continuità Ospedale-territorio.			Attualmente la programmazione del Polo Neurologico è in via di ridefinizione; relativamente alle demenze si è in attesa del PDTA regionale, mentre per la SLA è in corso una ridefinizione del percorso interaziendale. Per quello che invece riguarda la SM si mantengono le strutture operanti sul territorio.		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato D.G.	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente			Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	5.2.1.5	Integrazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi nel POLO NEUROLOGICO TERRITORIALE								
										100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Riunioni		Direttore del POLO NEUROLOGICO	Numero >=	10,00	20,00	10,00	20,00	100,00%	100,00%	

Settore	5.2.2	<u>DGR 919 - Linee di Programmazione RER</u>	 44%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all'implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017). In particolare le Ausl dovranno garantire un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale (come i MMG, CDCD, OsCo, Nuclei temporanei demenze, CD, Assistenza domiciliare, servizi a bassa soglia tipo ad esempio i Caffè Alzheimer ed i Centri d'incontro, formazione e sostegno dei caregiver), utilizzo anche mirato alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale.(DGR 919/18 pag. 57 di 106)			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.2.2.1	DGR 919 - Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)	 44%		
Descrizione			Rendicontazione		
Dare piena applicazione a quanto previsto nel Piano regionale Demenze ed all'implementazione dei PTDA locali. Garantire il percorso di presa in carico integrata e corretta dei DPSD.			La responsabile aziendale ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per la stesura del PDTA regionale demenze, i lavori del tavolo sono terminati a dicembre 2018; successivamente la coordinatrice regionale del tavolo ha comunicato che il documento relativo al PDTA regionale demenze sarebbe stato sottoposto all'attenzione del Responsabile di Servizio e della Direttrice generale, per poter poi essere approvato con Delibera regionale nei primi mesi del 2019. La responsabile aziendale ha fornito con regolarità informazioni sull'andamento del tavolo alla Direzione Sanitaria, così come nell'equipe organizzative effettuate nei CDCD di Parma e Fidenza. Sono stati previsti obiettivi specifici ai DCP per contribuire alla riduzione del tasso di ospedalizzazione sia con il contributo dell'ADI che delle cure intermedie.		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.2.2.1	DGR 919 - Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)								 44%
Indicatore		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		No		0,00%	
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza (DGR 429) Valore riferito all'anno 2016		Specifico flusso di riferimento	% <=		31,00%		35,00%		87,00%	

Sub-Area piano delle azioni	5.3	EMERGENZA URGENZA-118	 58%
-----------------------------	-----	------------------------------	--

Settore	5.3.1	Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto ordinario	 88%
---------	-------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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								
100%										
Descrizione				Rendicontazione						
Adempimenti necessari al passaggio al nuovo dipartimento d'emergenza interaziendale.				Partecipazione totale agli eventi e passaggi formali costitutivi.						
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		Si/No	No	Si	Si	Si	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.3.1.2	Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -A	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.1.2	Protocollo per la gestione dei trasporti in emergenza -A							 100%
Valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE			Al momento non ritenuto critico per cui non rivalutato dal sistema						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche di centralizzazione di IMASTE		in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì	No	Sì		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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Revisione istruzione operativa gestione del paziente con ictus da trasportare per trattamento di rivascolarizzazione endoarteriosa.			Revisione effettuata e già presentata come procedura dipartimentale interaziendale						
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documento di valutazione delle tempistiche		in atti Centrale Unica	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.1.4	Punto di Primo Intervento Ospedale di Borgotaro							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Riorganizzazione dell'accettazione presso il PPIO di Borgotaro			Rinviato al prossimo anno in occasione della ristrutturazione ambientale per decisione della Direzione Sanitaria.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.1.4	Punto di Primo Intervento Ospedale di Borgotaro							 100%
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato della DG AUSL di Parma (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
Atti amministrativi conseguenti e partecipazione ai lavori di riorganizzazione		Atti Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.1.5	Integrazione Ospedale-Territorio in caso di catastrofe							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Entro la fine del 2018 dovrà essere approvato, dopo definitiva esercitazione generale			La costituzione del Dipartimento di Emergenza Interaziendale ha determinato la necessità di definire i vari progetti di PEIMAF alla luce dell'integrazione con azienda ospedalierouniversitaria e con tutto il sistema 118 preospedaliero. E' stata comunque portata a termine l'esercitazione locale interna all'ospedale di Fidenza.						
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	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.1.6	Percorso formativo							 0%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	5.3.1.6	Percorso formativo								
			0%							
In considerazione della necessità di mantenere adeguata competenza si propone, a livello di UO, di proseguire la formazione sul campo sulla gestione delle vie aeree e di iniziare un percorso formativo sulla ecografia clinica.			vista l'esiguità di personale, nessun medico ha potuto partecipare, con la necessaria continuità, all'attività formativa in questione							
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	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%	0,00%	0,00%	0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.1.7	Sviluppo qualitativo della prestazione ospedale territorio in emergenza							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione ai tavoli regionali sulla realizzazione del Progetto per consentire l'atterraggio notturno in molteplici comuni della provincia di Parma.			Garantita la partecipazione						
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 tavoli regionali sulla realizzazione del Progetto		In atti Direzione Sanitaria	Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.1.8	Progettazione del sistema di soccorso legato all'allestimento del Cantiere TI-BRE catalogato come grande opera.				 100%			
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.1.8	Progettazione del sistema di soccorso legato all'allestimento del Cantiere TI-BRE catalogato come grande opera.							 100%
Prosecuzione ed estensione della copertura infermieristica in Provincia di Parma con l'apertura di un'ambulanza infermieristica dalla postazione CRI di San Secondo ed estensione della fascia d'attività della Padi Salsomaggiore			Prosegue l'attività della postazione infermieristica a Busseto, mentre è stata implementata h.12 la presenza infermieristica sull'ambulanza di Salsomaggiore.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Convenzione AUSL PR Società Autostrade CRI Pontetaro					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Organizzazione della copertura del soccorso senza risorsa infermieristica dipendente a Busseto, si fornisce un contributo	in atti a Direzione Sanitaria		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Settore	5.3.2	<u>Copertura emergenza territoriale e accesso ai servizi</u>	<
---------	-------	--	--

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.1	Valorizzazione professioni sanitarie							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Avvio del progetto di autonomizzazione dell'infermiere in due percorsi di emergenza territoriale secondo indicazione regionale.			Tutti gli infermieri sono stati formati secondo quanto previsto dalla DGR 508/2016. L'applicazione diretta dei percorsi infermieristici è bloccata per contenzioso con Ordine dei Medici quindi, al momento, tale obiettivo risulta non applicabile.						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo	DGR 508/2016					
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
Almeno due percorsi infermieristici		in atti a UO Emergenza Territoriale	Numero >=	50,00	100,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.2	Estensione competenze BLS-D							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.2	Estensione competenze BLS-D							
			100%						
In relazione al DM 18 marzo 2011 si è aderito al progetto Regionale per la defibrillazione precoce secondo un programma PAD, quindi dedicato al personale non sanitario. A tale scopo è stato presentato un progetto di implementazione dei DAE che possa consentire la presenza in ogni Comune della Provincia di Parma di disporre di DAE ad accesso pubblico.Completamento del progetto.			Tale progetto è stato completato ed il registro, come il mantenimento sono stati istituiti e mantenuti secondo programma informatico regionale. Al momento, per contingente crisi di personale, la funzione di aggiornamento è a carico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.						
Obiettivi Performance			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
Attivazione e mantenimento registro DAE		In atti alla U.O. Emrgenza Territoriale	Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.3.2.3	Sviluppo del modello Hub & Spoke								 50%
Descrizione				Rendicontazione						
Partecipazione ai compiti ed obiettivi del sistema SIAT, Commissione interaziendale Cardiologica e Stroke Revisione del percorso dell'emergenza pediatrica preospedaliera e trasporto interospedaliero.				Per decisione del Comitato di Dipartimento Interaziendale si è proceduto prioritariamente alla revisione dell' IO relativa al SIAT ed allo Stroke. Il percorso pediatrico è stato rinviato al 2019 e pertanto attualmente obiettivo non applicabile. Partecipazione a tutte le iniziative istituzionali del sistema comprese le commissioni tecniche interaziendali.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio		Riferimento Normativo	Obiettivi di mandato DG - DGR 172/2015 - (1.1, 1.2)					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
istruzioni operative per emergenze pediatriche		in atti Direzione sanitaria		Si/No		Si	No	No		0,00%
Partecipazione agli eventi delle commissioni interaziendali dell'emergenza		verbali riunioni in atti U.O. Emergenza		Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.2.4	DGR 830/17 - 118 e Centrali Operative							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2017 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma devono consolidare la funzione di interoperabilità delle centrali 118 garantendo, sentiti i responsabili delle centrali 118, idonei percorsi formativi e di retraining degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza. Entro la fine del 2017 le Aziende territoriali devono assicurare la omogeneizzazione dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016. L'Azienda USL di Bologna nel 2017 dovrà garantire il necessario supporto tecnico e amministrativo alla estensione alle ore notturne del funzionamento della base elisoccorso di Bologna. Le Aziende sanitarie individuate come sedi degli eventuali siti di atterraggio/decollo notturni dovranno a loro volta garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo per la loro realizzazione.			non attinente: tale obiettivo è di esclusiva pertinenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di 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
Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%

Settore	5.3.3	DGR 919 - Linee di Programmazione RER	
---------	-------	---------------------------------------	---

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 919 - Centrali Operative e 118			
Descrizione			Rendicontazione		
Promuovere iniziative formative volte alla omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16. Incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario			Definizione delle attribuzioni di responsabilità nella gestione dei DAE che, al momento , è in capo all'Azienda OU di Parma. Anche le verifiche sul campo rientrano nell'accordo con AOU e pertanto tale riscontro non è risultato applicabile		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 919 - Centrali Operative e 118								 50%
Indicatore		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 verifiche sul campo dei corsi BLSD erogati da soggetti accreditati		Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%				0,00%	
% defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	5.4	<u>Politica del farmaco</u>	 51%
------------------------------------	------------	------------------------------------	--

Settore	5.4.1	<u>Quadro generale</u>	 37%
----------------	--------------	-------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

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

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

Strumento fondamentale sarà , anche per il 2018, l'informazione/ formazione sui farmaci e sui dispositivi medici a tutti i professionisti coinvolti

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.1.1	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Dovrà proseguire la campagna di promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti-generici all'interno delle categorie terapeutiche omogenee, anche in considerazione della quota a carico del cittadino. Le azioni saranno indirizzate nei confronti di tutti i medici prescrittori : ospedalieri, Specialisti , Medici di Medicina Generale, tramite l' informazione e l'aggiornamento sui farmaci a brevetto scaduto e sulle valutazioni costo-beneficio.			E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto , con particolare attenzione alla promozione degli " equivalenti puri " . Nei primi 11 mesi del 2018 si è raggiunto un valore del 86,4% di farmaci a brevetto scaduto sul totale dei farmaci prescritti in regime di convenzione.		
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	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci non coperti da brevetto							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto		AFT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.2	Appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa							 100%
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. In collaborazione con i Dipartimenti delle Cure Primarie saranno organizzati Audit Clinici			Sono stati fatti 44 incontri individuali con MMG, 19 incontri di NCP, 1 con referenti di NCP del distretto di Parma, 8 di distretto . Durante gli incontri sono stati affrontati i seguenti argomenti di appropriatezza prescrittiva; farmaci che potenzialmente prolungano l'intervallo QT, farmaci con effetti anticolinergici, principali interazioni clinicamente rilevanti. Sono stati fatti 12 incontri di Dipartimento Farmaceutico Interaziendale sull'appropriatezza prescrittiva in AOU con i medici prescrittori delle seguenti aree cliniche : reumatologia, dermatologia, gastroenterologia , neurologia,ematologia, oncologia, diabetologia, pneumologia, infettivologia, cardiologia, centro emofilia.						
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 incotri/audit		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	5.4.1.3	Gestione del Rischio Clinico nell'uso dei farmaci	 50%		
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" Avvio dell' audit , predisposto a fine 2016, sull' utilizzo delle Immunoglobuline nell' area neurologica, in collaborazione con la U.O. di Governo Clinico. 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 prosegue la realizzazione del progetto multicentrico di farmacovigilanza "USO APPROPRIATO E SICURO DEI MEDICINALI NEI PAZIENTI ANZIANI TRATTATI IN AMBITO TERRITORIALE O ISTITUZIONALIZZATI IN CASE RESIDENZA PER ANZIANI". Prosecuzione nell'attività di monitoraggio intensivo dei farmaci a registro AIFA; anche al fine del recupero economico , tramite le procedure di rimborso.			Prosecuzione delle attività di monitoraggio dei farmaci a registro AIFA con relativo controllo del recupero economico quando previsto. 1) Partecipazione al gruppo di lavoro per la revisione del documento " Raccomandazioni sulla valutazione e gestione della disfagia nei Servizi Socio-Sanitari". Sono stati fatti diversi incontri con i medici MMG e i referenti delle strutture per rilevare ed analizzare l'entità del problema. Il gruppo di lavoro ha elaborato una bozza di "Prontuario integrato" con le caratteristiche peculiari dei farmaci da assumere per via orale. Il lavoro condiviso verrà terminato e diffuso nel primo semestre 2019 . 2) E' stata completata dopo condivisione con le figure professionali operanti in tale ambito , la procedura sulla gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari . 3) I dati sono stati raccolti e analizzati ; nel primo semestre 2019 verrà completato l'audit con il ritorno informativo ai prescrittori . 5) Prosecuzione delle attività di monitoraggio Aifa per tutti i farmaci in distribuzione diretta. In merito agli oncologici i clinici si stanno gradualmente allineando al completando dell'inserimento nei registri Aifa , parallelamente viene attivato il monitoraggio del recupero economico. Sono state puntualmente trasmesse a tutti gli operatori sanitari le note rilasciate dalle agenzie regolatorie in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci. E' stata data puntuale informazione sull'andamento delle segnalazioni di ADR da parte degli operatori sanitari e cittadini attraverso la relazione di farmacovigilanza aziendale. E' stato realizzato un incontro interaziendale di formazione sulla farmacovigilanza. E' seguita come da tempogramma la realizzazione del progetto di farmacovigilanza attiva:" 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	

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							 50%
Indicatore		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		DAF	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Organizzazione audit		DAF/U.O. Governo Clinico	Sì/No	Sì	Sì	Sì	No	100,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.4	Sviluppo organizzativo							 69%
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento dell' integrazione OSPEDALE-TERRITORIO, con particolare riferimento ad A.O.U. di Parma finalizzata alla continuità terapeutica . Istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale Ausl A.O.U di Parma Proseguimento delle attività del tavolo interaziendale AUSL/AOUPR di monitoraggio delle prescrizioni al fine di favorire l'appropriatezza delle prescrizioni nella continuità ospedale-territorio. Consolidamento e potenziamento del Polo Farmaceutico Unico presso A.O.U. di distribuzione diretta, dopo visita specialistica e presa in carico dei pazienti.Potenziamento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica del Presidio Ospedaliero aziendale			Con deliberazione dell'Ausl del 12/04/2018 N.239 è stato conferito l' incarico del direttore del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale . Dopo tale data sono stati effettuati vari incontri con i medici prescrittori nelle aree cliniche a grande impatto territoriale E' stata consolidata e potenziata l'attività di distribuzione del farmaco presso il Polo Farmaceutico Unico con sede in AOUP e nelle dirette presso le farmacie ospedaliere. Nel 2018 l'incremento della spesa relativa ai farmaci erogati dal Polo (con esclusione dei farmaci per l'epatite C) è stato del 7,6%; il dato di spesa dei farmaci per il trattamento dell'Epatite ha registrato nello stesso periodo un calo del 21,97%, grazie alla riduzione del prezzo dei farmaci stessi.						
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
Volume economico erogato verso anno precedente		DAF e FED	% >=	20,00%	20,00%	9,10%	7,60%	46,00%	38,00%
Evidenze documentali		DAF	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.5	Adozione di strumenti di governo clinico							 100%
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			Sono stati effettuati i monitoraggi dei PT regionali (piattaforma Sole) per farmaci anticoagulanti orali, per farmaci per il trattamento dell'epatite C cronica,, per i farmaci dell' area reumatologica e per i farmaci della sclerosi multipla.						
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	901/2015					
Indicatore	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	DAF		% >=		90,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Rapporto tra n. PTinformatizzati/n. totale PT dei farmaci per il trattamento dell' epatite C	DAF		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.6	Tracciabilità eccezioni prescrittive							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Utilizzo del nuovo applicativo regionale per tracciare le eccezioni prescrittive: off label, CNN, fuori PTR			Inserimento nel portale regionale delle prescrizioni off label pari al 50% Vedi 5.4.2. obiettivo n. 13						
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	5.4.1.6	Tracciabilità eccezioni prescrittive								
			50%							
Indicatore			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			DAF	% >=		100,00%	80,00%	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	5.4.1.7	Rete delle Farmacie Oncologiche								
				100%						
Descrizione				Rendicontazione						
Con atto N 942 del 30.12.15 Ausl è stata deliberata la Convenzione per la realizzazione di un laboratorio centralizzato per l' allestimento delle terapie infusionali antitumorali (UFA) a livello provinciale .Completamento della presa in carico di tutte le terapie oncologiche della nostra Azienda.				Prosecuzione delle attività delle Unità Operative coinvolte nella centralizzazione; monitoraggio delle temperature durante le attività di trasporto dei farmaci allestiti , continua collaborazione per l'inserimento di nuovi protocolli, aggancio di nuove UO per pazienti in degenza e monitoraggio delle problematiche relative alle prescrizioni delle terapie oncologiche .						
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
Evidenze attività		DAF		Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.8	ATTIVITA' INTEGRATA IN AREA VASTA				 100%			
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.1.8	ATTIVITA' INTEGRATA IN AREA VASTA							 100%
Sviluppo delle attività relative alla predisposizione dei capitoli di gara, per la parte tecnica dei farmacisti, secondo la programmazione gare di AVEN o Intercent_ER Attività di monitoraggio dell' adesione alle gare da parte degli utilizzatori . Partecipazione attiva alla Commissione dei Dispositivi Medici di Aven e alla relativa segreteria scientifica, istituite a fine 2016.			Prosecuzione delle attività inerenti la centralizzazione della logistica e gestione delle criticità emergenti (es nuovi farmaci e dispositivi, nuovi dosaggi ,carenze prodotti , errori di consegna...) Partecipazione a tutti gli incontri specifici di Area Vasta, alle sedute delle Commissioni Farmaco e Dispositivi Medici di AVEN ; partecipazione alle relative segreterie scientifiche. Attività relative alle commissioni di gara Intercent-ER e Aven (partecipazione come componenti le commissioni, formulazioni dei fabbisogni..) Gestione criticità post gare.						
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	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 attività		DAF	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	5.4.1.9	DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Per l'anno 2018, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2016 (-0,1%), che per AUSL di Parma è pari a -0,6% L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (eclusa spesa HCV,Ivacaftor e farmaci oncologici innovativi), viene previsto a livello RE in +6,3% che per AUSL di Parma è pari a +7,1%. L'obiettivo non comprende pertanto: Farmaci innovativi oncologici stamata a livello RER in 45,74 mln.€ e i farmaci per l'epatite C (HCV) e Ivacaftor, per i quali è stata accantonata a livello RER una quota di 36 mln €			Vedi 5.4.2. ob.iettivo n. 1.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.9	DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017							 50%
Indicatore		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 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% <=		0,60%		-3,15%		100,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% >=		7,10%				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 50 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; Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2			Vedi 5.4.2. ob.iettivo n 2						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.10	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica								 0%
Indicatore		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 monitoraggio del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica (<= 50 DDD *1000 ab die)		report DAF	Si/No		Si				0,00%	
Prescrizione di ciascun farmaco in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%	
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%	
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel documento n. 173 del PTR		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.11	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Farmaci anticoagulanti orali (NAO): adesione alle raccomandazioni contenute nel documento regionale di indirizzo sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali (NAO). La quota dei pazienti naive agli anticoagulanti arruolati al trattamento con i NAO (pazienti incidenti) dovrà esseresovrapponibile a quella dell'anno 2016, mentre dovrà essere dimezzata rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO, e comunque l'incremento di spesa per NAO non dovrà superare i 5 milioni di €			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 3						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.11	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO							 0%
Indicatore		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 nuovi pazienti in trattamento per il 2017 per FANV		specifico flusso di riferimento	Numero <=		1.124,00				0,00%
Privilegiare la prescrizione dei NAO a minor costo		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.12	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
In relazione al nuovo farmaco per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito della rete cardiologia.			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 4						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.12	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							 0%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì				0,00%

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	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una particolare attenzione deve essere riservata all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico. Specifica attenzione dovrà inoltre essere posta all'uso territoriale dei fluorochinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20- 59 anni e, per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici, alla promozione di azioni informative e di monitoraggio al fine di favorire il controllo delle resistenze batteriche			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 5						
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
Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico a livello territoriale ed ospedaliero	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.14	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici e Terapie Antiblastiche							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel 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. Al fine di consentire il monitoraggio del rispetto delle Linee guida regionale dovrà essere alimentato il data base oncologico (Circolare reg.le n. 17/2016) in ogni una sua parte e altra eventuale iniziativa finalizzata allo stesso obiettivo.			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 6						
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
alimentazione database regionale		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.15	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2017 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità.			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 9						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.15	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -							 0%
Indicatore		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		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.16	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Orientare la prescrizione dei fattori della coagulazione nel trattamento e nella profilassi dei sanguinamenti in pazienti con emofilia A e B, sia nei nuovi pazienti sia nei soggetti già in trattamento sottoposti a switch prescrittivo, ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte di magazzino e aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna. Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271)			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 10 solo Parkinson						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.16	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici							 0%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Orientare la prescrizione ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte ed aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e sclerosi multipla) - PTR n. 239 e 271		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.17	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni per i seguenti indicatori:			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 7						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.17	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare								 0%
Indicatore		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		specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%				0,00%	
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		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%				0,00%	
anti TNF alfa (consumo biosimilare infliximab)		specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%				0,00%	
anti TNF alfa (consumo biosimilare etanercept)		specifico flusso di riferimento	% >=		35,00%				0,00%	
introduzione nella pratica della follitropina biosimilare (consumo totale principio attivo)		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%				0,00%	
aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio (ridurre i consumi complessivi con i due prodotti più costosi rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%	5.428,00%			0,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	5.4.1.18	DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributividei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto			
Descrizione			Rendicontazione		
Rimodulazione dei canali distributividei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto recepita con DGR n. 327/2017, prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci – convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta; le Aziende sanitarie dovranno provvedere al progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata.			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 12		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.1.18	DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributividei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto								
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: obiettivo intesa regionale		dati regionali		Numero >=						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.1.19	DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico			 0%
Descrizione			Rendicontazione		
Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale), esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta. Dovrà inoltre essere promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco". Continua la puntuale trasmissione a tutti gli operatori sanitari delle note rilasciate dalle agenzie regolatorie di riferimento in merito agli aggiornamenti relativi alla sicurezza dei farmaci e la puntuale informazione sull'andamento delle segnalazioni di ADR da parte dei professionisti sanitari e cittadini del territorio provinciale e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza. Programmare almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego di dispositivi medici. Al fine di coinvolgere tutti i professionisti interessati, la programmazione del corso può essere effettuata in più edizioni a partire dal 2017			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 15 solo per FV. Per dispositivo vigilanza vedi 5.4.2. obiettivo n 16		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo		



0%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.19	DGR 830/17 - Adozione di strumenti di governo clinico								 0%
Indicatore			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 ADR inserite nella piattaforma Web "VigilFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali(incremento rispetto al 2016)			specifico flusso di riferimento	% >=		42,00%				0,00%
Nr. Eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018			specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	5.4.1.20	DGR 830/17 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici			50%
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con l' introduzione dei nuovi Lea, dovrà essere posta particolare attenzione alla distribuzione dei dispositivi per assistenza protesica ed integrativa sul territorio , sia per l' uso all' interno strutture sanitarie, che per la distribuzione). Le nascenti Commissioni di Area Vasta sui DM, nell'anno 2017, dovranno consolidare i loro percorsi organizzativi; al fine di standardizzare le modalità di gestione delle richieste di acquisizione e valutazione dei DM, si rende necessario che in tutte le aziende venga utilizzato l'applicativo web regionale "Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici" che consentirà di condividere a diversi livelli le informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni.			Per il flusso DIME vedi 5.4.2. obiettivo n. 17. Sono stati consolidati i percorsi organizzativi, a livello CADM di Aven, al fine di gestire le richieste per i nuovi dispositivi tramite l' applicativo regionale.		
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	5.4.1.20	DGR 830/17 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici								 50%
Indicatore		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		DI.Me	% >=		95,00%				0,00%	
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico		DI.Me	% >=		25,00%				0,00%	
Partecipazione all'attività della Commissione Aven sui DM		Commissione Aven	% >=		80,00%	90,00%	95,00%		100,00%	
Utilizzo da parte dei clinici dell' applicativo web regionale " Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici"		applicativo web regionale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	5.4.1.21	Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici			
Descrizione			Rendicontazione		
Per perseguire l'obiettivo, le Aziende sanitarie 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.			Relativamente agli strumenti chirurgici ad ultrasuoni e radiofrequenza si è registrata una adesione alle Raccomandazioni regionali pari al 94,5%. L'uso non appropriato risulta circoscritto alle colecistectomie ed appendicectomie laparoscopiche. Per quanto riguarda i taglienti e pungenti con meccanismo di protezione, si conferma la progressiva estensione dell' utilizzo (+ 31 %), conseguente anche alla nuova introduzione dei dm per prelievo ematico. In merito alla Terapia a pressione Negativa (TPN), si rilevano numerosi trattamenti non aderenti alle raccomandazioni regionali, in quanto eseguiti per la risoluzione di lesioni con estensione notevolmente inferiore a quella minima di 30 cm2 prevista dalle linee guida. L'adesione alle gare centralizzate Intercenter e di Aven è quasi totale.		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	5.4.1.21	Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici								
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 dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2017)			specifico flusso di riferimento	Euro <=			0,00			
Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2017)			specifico flusso di riferimento	Euro <=						
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità (rispetto al 2017)			specifico flusso di riferimento	Euro <=						
Spesa guanti non chirurgici, in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità			specifico flusso di riferimento	Euro <=						
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG			specifico flusso di riferimento	Euro <=						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.4.1.22	DGR 830/17 -Attuazione L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"				 0%			
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.4.1.22	DGR 830/17 -Attuazione L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"			 0%

Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"
 Gli obiettivi per il 2018 sono i seguenti:
 - i Comuni devono procedere alla revisione delle Piante organiche delle farmacie del proprio territorio e le aziende USL devono intervenire nel procedimento, esprimendo o meno la propria approvazione relativa ai progetti presentati dai comuni e vigilando sull'intero procedimento, in modo da consentire alla Regione l'esercizio dell'eventuale potere sostitutivo (art. 4, L. 2/2016).
 - le Aziende USL devono curare l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario bandito ai sensi dell'art. 11 DL 1/2012 (art. 11, comma 1, lettera f), L. 2/2016)
 - le Aziende USL devono provvedere all'erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali e all'istruttoria delle relative domande (art. 21 comma 2, L. 2/2016)

Vedi 5.4.2 obiettivo n. 18

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
Controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%
Effettiva liquidazione entro 31/12/2017 dei contributi concessi alle farmacie rurali		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.1.23	DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici			 0%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.1.23	DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici							 0%
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 dovranno adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF). Le Aziende Sanitarie dovranno regolamentare le modalità di svolgimento degli incontri, in particolare, promuovendo la realizzazione di incontri collegiali in sostituzione delle visite individuali e inserendo le modalità di verifica, anche a campione, del possesso del tesserino identificativo regionale da parte degli ISF che accedono alle strutture per lo svolgimento degli incontri.			Vedi 5.4.2 obiettivo n. 14						
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
Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì				0,00%

Settore	5.4.2	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	 65%
---------	-------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Per l'anno 2018, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2017 (491,4 milioni di euro nel 2017; 488,5 milioni di euro nel 2018; variazione pari a -0,6%), ma con scostamenti differenziati a livello aziendale. L'obiettivo è comprensivo delle ricadute dell'Intesa sottoscritta tra la Regione e le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati sull'attività di distribuzione per conto (DPC), cui le aziende Usl dovranno dare seguito nel corso del 2018. Nell'anno 2018 si prevede che la spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci - esclusa la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e quella per i farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo - sia a livello regionale pari a circa 926,3 milioni di euro, con un incremento medio regionale di +6,5% rispetto al precedente anno, ma con scostamenti differenziati a livello aziendale. La spesa 2018 per i Farmaci innovativi non oncologici AIFA è stimata in circa 36 milioni di euro. La spesa nell'anno 2018 per i Farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo è stimata in un valore pari a 74,5 milioni di euro, di cui 49,5 milioni di euro per i farmaci oncologici innovativi AIFA e 25 milioni di euro 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	5.4.2.1	DGR 919 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018	 50%		
Descrizione Per l'anno 2018, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2017 (-0,6%) L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa farmaci innovativi non oncologici e oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo), viene previsto a livello RE in +6,5% rispetto al 2017, ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.			Rendicontazione Per l'anno 2018, all'azienda Usl di Parma viene assegnato un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari ad un calo del 1,5% rispetto al risultato anno 2017. L'acquisto ospedaliero, rispetto all'obiettivo assegnato, risulta più alto, le motivazioni sono da riferirsi prevalentemente ad incremento della DPC, secondo l'intesa regionale, un aumento dei trattamenti per le malattie rare, e al nuovo farmaco per la SLA, per le vaccinazioni pediatriche, per l'utilizzo di farmaci ad elevato costo in diverse aree cliniche.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.1	DGR 919 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018							 50%
Indicatore		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 2018 - variazione rispetto al 2017		Specifico flusso di riferimento	% <=		-1,50%	-4,08%	-3,15%		0,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2018 - variazione rispetto al 2017 (Per Provincia)		Specifico flusso di riferimento	% >=		8,00%	10,20%			100,00%

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	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica							 25%
Descrizione			Rendicontazione						
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.			Nei primi 11 mesi 2018 il consumo di PPI è stato pari a 54,58 DDD/1000 assistiti pesati die. I dati Siver non sono ancora disponibili per l'anno 2018. A fine giugno la Commissione del Farmaco di AVEN ha coinvolto i pneumologi di ogni singola azienda per promuovere l'uso appropriato dei farmaci respiratori per il trattamento della BPCO. Nel secondo semestre si sono incontrati gli specialisti della provincia in merito all'appropriatezza prescrittiva di tali farmaci. La verifica relativa alle terapie con farmaci monoclonali per i 12 pazienti prescritti dai due centri autorizzati di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha evidenziato l'appropriatezza delle prescrizioni. Prosegue il coinvolgimento dei prescrittori tramite informazioni/incontri rispetto all'adesione al documento regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.2	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica								 25%
Indicatore		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(<= 48 DDD *1000 ab die)		Flusso SivER	Sì/No		Sì				0,00%	
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				0,00%	
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare		Flusso SivER	Sì/No		Sì				0,00%	
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)		Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.3	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO							
			0%						
Descrizione			Rendicontazione						
Farmaci anticoagulanti orali (NAO). La prescrizione dovrà avvenire considerando, anche il rapporto costo/opportunità			L'incidenza nei primi 9 mesi 2018 dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch) è stata 3,36 (siver 9 mesi) pazienti su 1000 residenti						
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
Adesione alle raccomandazioni RER (contenimento della spesa)		Flusso SivER	Si/No		Si	No			0,00%
Incidenza num dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) su 1000 residenti (+/- 0,5%) (provincia)		Flusso SivER	Numero <=		2,20	1,95	4,50		0,00%

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	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							
Descrizione			Rendicontazione						
Il farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.			Tutti i piani terapeutici di Entresto (sacubitril + valsartan) redatti dai centri prescrittori autorizzati della provincia di Parma riportano il codice identificativo Aifa.						
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
Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA		Flusso SivER	Si/No		Si	Si	Si		100,00%



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici			
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici								
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			Il consumo di antibimicrobici per uso sistemico (J01) dei primi 9 mesi del 2018 è stato pari a 17,33 DDD/1000 abitanti residenti pesati die. A livello territoriale il consumo di fluorochinoloni nei primi 9 mesi del 2018 ricavato dalle prescrizioni rilasciate a donne di età compresa tra i 20 e i 59 anni è stato di 1,52 DDD/ 1000 assistite pesate die. A livello di Presidio Ospedaliero Aziendale il consumo dei fluorochinoloni in DDD vs lo stesso periodo dell' anno precedente è in leggera diminuzione(- 2%)							
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	
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti		InSider	Numero <=			20,50	17,33			
Consumo giornaliero di fluorochinonoli in donne di età 20-59 anni		Flusso SivER	Numero <=			2,08	1,52			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici							
								100%	
Descrizione			Rendicontazione						
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.			Diffusione dei documenti regionali Grefo pubblicati con l'aggiornamento del prontuario regionale. Continua il percorso di collaborazione dei nostri oncologi con gli oncologi di A.O.U. , nonostante i problemi legati al sistema informativo, per inserire informazioni cliniche dettagliate nell'applicativo Log 80 al fine di alimentare il DB oncologico, secondo quanto disposto dalla Regione .						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle 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	No	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.7	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari							 56%
Descrizione			Rendicontazione						
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. (DGR 919/18 pag.60 di 106)			La gara Intercent-ER per i farmaci biosimilari è stata espletata ad agosto ed i contratti sono stati firmati a metà ottobre, pertanto per i biosimilari nuovi è stato possibile utilizzarli solo nell'ultima parte dell'anno. La prescrizione dell'ormone della crescita anno 2018 è avvenuta nel rispetto dei risultati di gara in accordo quadro, in particolare : per i casi incidenti seguiti dal centro di AOU di Parma ha riguardato il 88% del fabbisogno, per i prevalenti è stato del 80%. L'adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, per le EPOETINE ha raggiunto il 71,35 % del consumo complessivo. Per INFLIXIMAB biosimilare : in endoscopia digestiva Ausl (ospedale Fidenza) l 'impiego ha raggiunto la 73,50 % sul totale; per il Centro di AOU il 50% , valutato sui residenti .Per ETANERCEPT il numero dei nuovi pazienti del 2018 in trattamento in carico ai centri prescrittori AOU Pr è 34 ; di questi 2 sono in terapia con l'originator.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.7	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari							
		56%							
Indicatore		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%	70,44%	71,35%		79,00%
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%	80,00%	80,00%		100,00%
Anti TNF alfa - Biosimilare infliximab prescrizione nel rispetto dei risultati della gara		Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Anti TNF alfa - consumo biosimilare etanercept		Flusso SivER	% >=		60,00%	0,00%	21,29%		35,00%
Follitropina (la %del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso)		Flusso SivER	% >=		60,00%		11,17%		19,00%
Rituximab endovena- prescrizione nel rispetto dei risultati della gara		Flusso SivER	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.8	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Insuline basali							 100%
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. (provincia) (DGR 919/18 pag.60 di 106)			L'impiego delle insuline basali meno costose è pari all' 79,49 dei consumi complessivi con tali farmaci (9 mesi da flusso Siver)						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.8	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Insuline basali							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Insuline basali		Flusso SivER	% >=		75,00%	80,00%	79,49%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci per epatite C cronica							 100%
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			La prescrizione dei farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C è avvenuta secondo i criteri pubblicati negli aggiornamenti del prontuario. Vista la diminuzione del costo dei farmaci, la spesa complessiva al lordo di tutti i rimborsi ha registrato una riduzione del 21,08 % verso l'anno precedente, anche se la differenza di finanziamento incrementale è stata di € 1.557.717						
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
la strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale.		Flusso SivER	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.10	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Neurologici							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e sclerosi multipla)			E' proseguita l'attività di diffusione, dei contenuti dei documenti regionali relativi ai farmaci neurologici, e di confronto con i clinici per la prescrizione appropriata .						
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
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e sclerosi multipla) - PTR n. 239 e 271		Flusso SivER	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Malattie rare							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/ erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Malattie rare							 0%
Indicatore		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 al monitoraggio dell'impiego di farmaci per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente.		Flusso SivER	Sì/No		Sì				0,00%
Adesione agli esiti delle gare regionali sui farmaci		Flusso SivER	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.2.12	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto							 100%
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.			Il numero di pezzi di farmaci erogati in DPC ha registrato nel 2018 un incremento del 15,70% rispetto allo stesso periodo del 2017. Rispetto al numero confezioni che dalla diretta sono passati in convenzionata è stato raggiunto l'obiettivo inserito nell'accordo.						
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	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.13	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Adozione di strumenti di governo clinico							 67%
Descrizione			Rendicontazione						
Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori (DGR 919/18 pag.62 di 106)			Proseguono le attività di sensibilizzazione rivolte ai prescrittori , nelle diverse aree cliniche, affinché provvedano alla compilazione dei registri AIFA , con particolare riguardo alla compilazione dei follow-up e alla chiusura delle schede.						
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
PTR disponibili in SOLE per farmaci antivirali per l'epatite C: compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Compilazione registri monitoraggio piattaforma AIFA, anche farmaci innovativi , inserimento dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (trattamenti chiusi)		Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	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				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale								 100%
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 soni stati raccolti mensilmente i moduli compilati dopo ogni visita/ incontri con i referenti ditte farmaco e dispositivi medici.						
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
Adozione strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica.			Rilevazione aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.2.15	DGR 919 - 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	5.4.2.15	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmacovigilanza								
Promuovere la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.				Sul totale delle ADR aziendali il 71 % è stato inserito nella piattaforma web " VgiFarmaco", registrando un incremento rispetto al valore percentuale di quelle inserite nel 2017. E' stato realizzato nel II semestre un evento formativo di farmacovigilanza per gli specialisti di AOU.						
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. ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Nr. totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2017)			rete nazionale farmacovigilanza	% >=			79,50%	71,00%		

Obiettivo	5.4.2.16	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Dispositivi medici							
			 50%						
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, le Aziende sanitarie devono programmare, nel biennio 2017-2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici. Al fine di coinvolgere progressivamente tutti i professionisti interessati permettendo loro di rispondere all'obbligo di frequenza il corso potrà essere articolato in più edizioni e nel biennio 2017-2018 dovrà aver concluso il corso almeno il 50% degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici.			Al fine di coinvolgere il numero maggiore di operatori sanitari di tutte le strutture sanitarie Ausl, anche allo scopo di ridurre inevitabili spostamenti di sedi, è stata avviata la prima edizione del corso FAD interaziendale, a partire dal 5 dicembre 2018, dal titolo " La vigilanza sull'utilizzo dei dispositivi medici"						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Obiettivo	5.4.2.16	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Dispositivi medici								 50%
Indicatore		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 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria		Rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
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	% >=		50,00%				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.2.17	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Acquisto SSN dei dispositivi medici								 0%
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).				Relativamente ai dispositivi per assistenza protesica ed integrativa sul territorio, non sussistono criticità per quanto riguarda la completezza del flusso Di.Me. Relativamente ai diagnostici in vitro (IVD), numerose referenze sono tuttora escluse dal flusso Di.Me. in quanto non ancora registrate nella banca dati nazionale DM. I valori degli indicatori non sono al momento disponibili						
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%	0,00%			0,00%	
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico		Flusso Di.Me.	% >=		25,00%	0,00%			0,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.4.2.18	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Attuazione L.R. 2/2016							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Intervenire nel procedimento di revisione delle piante organiche delle farmacie del proprio territorio; supportare la regione nell'istituzione delle farmacie nei luoghi ad alto transito; curare l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate. Erogazione di contributi regionali concessi alle farmacie rurali da parte delle Ausl (art. 21 comma 2 L.R. 2/2016)			Si è concluso il procedimento di revisione delle Piante Organiche delle farmacie del territorio provinciale. Nella provincia di Parma non è prevista l'istituzione di farmacie nei luoghi ad alto transito. E' stata fatta l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura delle farmacie assegnate a seguito del terzo interpello. E' stata curata l'istruttoria delle domande presentate dalle farmacie rurali ai fini dell'erogazione dei contributi regionali (art.21 comma 2, L2/2016) e liquidato il contributo stanziato dalla regione.						
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
Controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali.	Rilevazione regionale		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Effettiva liquidazione entro 31/12/2015 dei contributi concessi alle farmacie rurali	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.5	<u>Medicina riabilitativa</u>	 83%
------------------------------------	------------	--------------------------------------	---

Settore	5.5.1	<u>Quadro generale</u>	 83%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso del 2018 proseguiranno le attività di contributo progettuale dei professionisti della riabilitazione per lo sviluppo del modello organizzativo di individuazione e realizzazione di percorsi di rilievo provinciale in area riabilitativa, nelle sue articolazioni distrettuali, nell'ambito del progetto finalizzato alla costituzione del Polo Riabilitativo Provinciale. Sono da considerarsi in via di sviluppo le attività avviate nell'ultimo trimestre dell'anno precedente di partecipazione ai gruppi di lavoro istituiti in Area Vasta Emilia Nord (AVEN) finalizzati all'identificazione dei modelli organizzativi utili al governo della domanda ed alla appropriatezza degli interventi nell'ambito della Medicina Riabilitativa. Saranno consolidate le attività finalizzate alla facilitazione dell'accesso dell'utenza disabile alle prestazioni specialistiche con particolare riferimento allo sviluppo del day service ambulatoriale per utenti affetti da Sclerosi Multipla, con modello operativo integrato con l'area di competenza neurologica. Saranno consolidati i percorsi di presa in carico per la continuità assistenziale delle attività di riabilitazione con particolare riferimento al miglioramento dell'integrazione ospedale - territorio nei seguenti ambiti: 1. patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura del femore e protesica) 2.SLA 3. patologie neurologiche. Proseguirà il contributo dei professionisti della riabilitazione ai progetti e programmi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015 - 2018 riguardanti le azioni per l'invecchiamento attivo e di tutela della fragilità nell'anziano. Anche con riferimento ai contenuti del Piano Socio-Sanitario 2017-2019 proseguiranno le attività di integrazione socio-sanitaria nell'area della non - autosufficienza e il contributo progettuale alle attività di funzioni di integrazione socio-sanitaria in essere a livello aziendale. Con riferimento alla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli essenziali di assistenza e in cui vengono introdotti importanti cambiamenti in tema di assistenza protesica, è prevista la partecipazione dei professionisti della riabilitazione individuati al gruppo di lavoro interdisciplinare istituito in ambito RER con la finalità di ridefinizione delle Linee di indirizzo regionali (DGR 1599/2011).

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.5.1.1	Interventi di prevenzione e promozione della salute			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.1	Interventi di prevenzione e promozione della salute							 100%
Proseguimento attività progettuali e di partecipazione ai gruppi di lavoro RER istituiti da parte dei professionisti della riabilitazione finalizzati alla costruzione degli interventi di prevenzione delle cadute con riferimento al target di popolazione a rischio .			Nel corso del 2018 il team dei professionisti della riabilitazione individuato ha partecipato alle attività progettuali del gruppo di lavoro RER riguardante il progetto 3.8 - programma di ginnastica personalizzata a domicilio e per piccoli gruppi finalizzata alla prevenzione delle cadute- piano RER prevenzione 2015-2018 , finalizzati alla stesura del documento tencico di indirizzo regionale, rendicontazione attività 2017 e 2018 tramite scheda report, progettazione attività 2019 con estensione ad una 2° CdS di quanto in corso. E' stato acquisito e rendicontato finanziamento RER a sostegno PRP 2015-2018 - Del. 645 4.5.2018 ALLEGATO 1						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.2	Attività di integrazione socio-sanitaria							 100%
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, in raccordo e con contributo progettuale alle funzioni di coordinamento aziendale delle attività esercitate dal DAS. Programmazione e realizzazione percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per la tipologia di utenza considerata. Mantenimento flusso informativo RER per rilevazione attività erogata da parte dei medici fisiatri referenti.			Sono proseguite in ambito aziendale le attività delle Commissioni distrettuali UVM e GraDA per l'identificazione dei supporti socio-sanitari, attività che prevedono quali componenti dell'area riabilitativa medici fisiatri e fisioterapisti come previsto dai riferimenti regionali e aziendali . E' stato garantito il mantenimento del flusso informativo RER. A scopo esemplificativo della attività aziendale viene riportato resoconto delle modalità organizzative e di interfaccia e il n. di casi seguiti nel Distretto di Parma nel corso del 2018. ALLEGATO 2						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.5.1.2	Attività di integrazione socio-sanitaria							 100%
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					
Indicatore		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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.5.1.3	Attività commissione AVEN Riabilitazione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Contributo progettuale da parte dei professionisti della riabilitazione alla ripresa delle attività del gruppo AVEN Riabilitazione finalizzati alla ridefinizione del modello H/S e alla identificazione di strumenti comuni di governo clinico e miglioramento appropriatezza interventi nell'ambito della Medicina Riabilitativa			Su indicazione delle Direzioni Aziendali le attività della Commissione Aven Riabilitazione, già precedentemente attiva, sono proseguite nel corso del 2° semestre dell'anno gli incontri su aree tematiche prioritarie nell'area della Medicina Riabilitativa: definizione Albo dei Prescrittori a seguito di indicazione di mandato RER (19.10.2018); costruzione di PDTA per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (14.11.2018) ALLEGATO 3						
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	5.5.1.4	Programmi integrati di intervento all'interno della C.d.S. per la presa in carico delle problematiche della Sclerosi Multipla								
			0%							
Descrizione			Rendicontazione							
Consolidamento attività DSA 2 neurologico- riabilitativo disabilità conseguenti a SM per utenti eleggibili alle cure ambulatoriali nella Casa Salute Pintor-Molinetto in integrazione con UOC Neurologia , e sua gestione secondo indicatori di attesa regionali da parte del medico fisiatra referente			E' proseguita nel primo semestre dell'anno l'attività che ha compreso valutazioni neurologiche, con il supporto di medico neurologo dedicato UOC Neurologia Vaio, e valutazioni fisiatriche da cui sono derivati i programmi fisioterapici e logopedici da parte della equipe riabilitativa distrettuale. I supporti specialistici necessari , quali es. ortottista, oculista, cardiologo, urologo, esecuzione esami emato-chimici), sono stati svolti tramite percorsi dedicati all'interno della CDS Pintor-Molinetto. Tra le professionalità necessarie si segnala l'assenza della figura dello psicologo dedicato disponibile nel servizio. Hanno usufruito del percorso n° 57 utenti . L'indice di performance si è mantenuto uguale al 100%. ALLEGATO 4							
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	Obiettivo di mandato DG Ausl PR, 1.3 925/11, DGR 1803/2009 DGR 2128/2016						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
evidenza documentale		evidenza	Sì/No	Sì	No	Sì	Sì	100,00%	0,00%	



0%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.5.1.5	Nuovi LEA assistenza protesica			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Con riferimento alla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli essenziali di assistenza e in cui vengono introdotti importanti cambiamenti in tema di assistenza protesica, è prevista la partecipazione dei professionisti della riabilitazione individuati al gruppo di lavoro interdisciplinare istituito in ambito RER con la finalità di ridefinizione delle Linee di indirizzo regionali (DGR 1599/2011).			Sono proseguite nel corso dell'anno le attività del gruppo di lavoro istituito con determina a livello RER (14.3; 18.4; 27.6) finalizzate in particolare alla ridefinizione delle Linee di indirizzo clinico-organizzative regionali 2011 con riferimento ai nuovi LEA per la prescrizione e la fornitura di ausili e protesi. Le Linee di indirizzo sono state formalizzate con DGR RER n. 1844 5.11.2018 . I medici fisiatrici della azienda hanno partecipato alle attività del gruppo di lavoro istituito per la definizione dell'Albo dei prescrittori in ambito aziendale come da mandato RER.		



100%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.5.1.5	Nuovi LEA assistenza protesica							 100%
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DPCM 12 GENNAIO 2017					
Indicatore		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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.5.1.6	Consolidamento della presa in carico riabilitativa e dei percorsi di continuità assistenziale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento della integrazione tra ospedale e territorio finalizzati al garantire la continuità assistenziale degli interventi di riabilitazione sanitaria fra i diversi ambiti di erogazione delle cure. Contributo progettuale alla realizzazione di percorsi di rilievo provinciale, nelle sue articolazioni distrettuali, nell'ambito del progetto finalizzato alla costituzione del Polo riabilitativo provinciale. dimensione = performance dell'utente area della integrazione obiettivo 1.2.1			Sono proseguiti nel corso dell'anno gli incontri interaziendali nell'ambito del Polo Riabilitativo che hanno visto la partecipazione dei medici fisiatrici e personale della riabilitazione non medico di tutti i distretti e che hanno riguardato sia l'area riabilitazione adulto che l'area riabilitazione età evolutiva. E' consolidato il percorso di continuità ospedale territorio per la continuità delle attività riabilitative alla dimissione. A scopo esemplificativo in allegato attività in essere nel distretto di Parma ALLEGATO 6						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Progetto Polo Riabilitativo Provinciale (Del. Ausl n. 697/2014) Obiettivi di mandato DG Ausl PR 1.2 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
evidenze documentali		evidenze documentali agli atti della DS	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.6	<u>PATOLOGIE CRONICHE</u>	 83%
------------------------------------	------------	----------------------------------	--

Settore	5.6.1	<u>Prevenzione cardiovascolare</u>	 100%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Attuazione del nuovo PDT provinciale per lo Scompenso Cardiaco a tutte le realtà aziendali

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.6.1.1	Estendere ed omogeneizzare l'applicazione del PDT/SC			
					100%

Descrizione			Rendicontazione		
Consolidamento attività degli Ambulatori per lo SC di Parma e Colorno. Attività relativa all'utilizzo dei programmi informatizzati di gestione dei pazienti in forma integrata tra Casa della Salute e Nuclei di Cure Primarie. Coordinamento delle attività di implementazione del PDT dello scompenso a livello provinciale.			A Colorno è proseguita l'attività con l'inserimento dei pazienti nel programma informatico dedicato ed è iniziata l'attività nella Casa della salute Pintor-Molinetto con la formazione dedicata al personale infermieristico e l'arruolamento dei pazienti. La bozza finale del PDT è stata presentata alla Commissione Cardiologica Provinciale. Sono state effettuate le puntualizzazioni richieste in quella sede dai Direttori Generali e Sanitari ed il lavoro è terminato e pronto per la formalizzazione e diffusione.		

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. pazienti presi in carico in gestione integrata presso la Casa della Salute di Colorno	ambulatorio infermieristico della Casa della Salute di Colorno	Numero >=	10,00	20,00	20,00	50,00	100,00%	100,00%
Presentazione nuovo PDT alla Commissione Cardiologica provinciale	verbali in atti alle Direzioni Sanitarie	Sì/No	Sì		Sì		100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.6.1.2	Piano Regionale per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Gli obiettivi previsti per il 2017 sono stati raggiunti. Riunione finale del gruppo di lavoro aziendale per la presentazione dei risultati.			Il gruppo di lavoro si è riunito in giugno ed ha verificato che gli obiettivi regionali sono stati raggiunti nelle 4 Case della Salute coinvolte (Busseto, Bedonia , Colorno Collecchio) .						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	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
Riunione finale del gruppo di lavoro aziendale	Atti Direzione Sanitaria		Sì/No	Sì		Sì		100,00%	100,00%

Settore	5.6.2	<u>Nutrizione Artificiale</u>	 67%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Obiettivo prioritario per l'anno 2018 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	5.6.2.1	Mantenimento giornate e livelli di spesa	 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Riduzione dei livelli di spesa raggiunti nel 2017 compatibilmente con l'aggiudicazione della gara regionale del service per la nutrizione enterale e relative tariffe giornaliere			Nel primo semestre 2018 si rileva una riduzione della spesa del -4,5 % rispetto al primo semestre del 2017 (primo semestre 2018 : costo complessivo Euro 915.659; primo semestre 2017: costo complessivo Euro 958.583). Al 31/12/2018 si rileva una riduzione della spesa rispetto al 2017 pari al -5,8% . Includendo il costo dell'assistenza ai pazienti affetti da malattie rare, non epidemiologicamente prevedibili, comunque non viene modificato in modo sostanziale l'obiettivo della riduzione dei costi assistenziali che in questo caso si assestano a -3,1% rispetto al 2017 (volume economico inclusa assistenza per malattie rare nel 2017 era pari a 2.110.646,00 e nel 2018 pari a 2.045.189,00)						
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
Volumi economici di spesa inferiori alla spesa rilevata nel 2017		DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO	Euro <=		1.965.932,00		1.852.041,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	5.6.2.2	Revisione procedura ingaggio pazienti								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Nuova procedura informatizzata per la registrazione dei pazienti nell'attività di service			La nuova procedura è operativa e garantisce la registrazione di tutti i pazienti attivati . In corso d'anno tutti i pazienti di nuova attivazione sono stati registrati .							
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	
Numero di pazienti registrati sulla nuova procedura informatizzata/numero di nuovi pazienti attivati		specifico flusso di riferimento	% >=	50,00%	80,00%	50,00%	100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.6.2.3	Equipe interaziendale							
			0%						
Descrizione			Rendicontazione						
Costituzione di una equipe interaziendale con AOU per la presa in carico congiunta di pazienti in dimissione da ricovero.			In attesa delle deliberazioni delle Direzioni di AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria .						
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
Costituzione equipe		atti direzione sanitaria	Si/No		Si		No		0,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.7	Sviluppo reti cliniche pediatriche	 80%
------------------------------------	------------	---	--

Settore	5.7.1	Area Territoriale	 64%
----------------	--------------	--------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	5.7.1.1	Profilo Pediatrico Distrettuale								
			100%							
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 condivisione/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	3,00	4,00		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.7.1.2	Patologie croniche pediatriche			 0%					
Descrizione			Rendicontazione							
Applicazione del "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso od obeso" (DGR 780/2013), con provvedimenti conseguenti: eventi formativi per PLS e attivazione dell'ambulatorio per il bambino sovrappeso od obeso. Si rimane in attesa delle valutazioni del consolidamento delle azioni da concordare con la Direzione alla luce del nuovo piano vaccinale.			Nel primo semestre 2018 l'attività dell'ambulatorio è stata ridotta in accordo con la Direzione in funzione di garantire l'attività vaccinale per: 1) l'applicazione del nuovo calendario e la sua implementazione e per 2) l'applicazione della Legge 119 del 31/12/2017 sull'obbligo vaccinale. Le sedute ambulatoriali sono state solo 4 per un totale di 33 visite di controllo. Non sono state eseguite prime visite.							
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		0,00		0,00%	



0%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.7.1.3	Attivazione del “Polo Pediatrico” nel Distretto di Parma			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Nel Polo Territoriale Pediatrico del Distretto di Parma confluiranno le funzioni sanitarie di base e specialistiche legate all’assistenza pediatrica, la pediatria di comunità, la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, la medicina riabilitativa in età evolutiva ed alcune attività della sezione salute donna. Il nuovo Polo Pediatrico, che diventerà la sede dell’Unità Pediatrica di Cure Primarie e sarà punto di riferimento nel quale si svolgerà una attività specialistica integrata, nell’ottica della centralità del bambino e della sua famiglia, e costituirà sia il completamento territoriale dei percorsi di cura attivati presso l'Ospedale del Bambino, sia il potenziamento e lo sviluppo dei servizi di 1° livello già presenti nei poli territoriali.			La Pediatria di Comunità di Parma si è trasferita presso il Polo Pediatrico di Viale Fratti il 29/06/2018. Le attività presso la nuova sede sono iniziate regolarmente il 03/07/2018		



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.1.3	Attivazione del "Polo Pediatrico" nel Distretto di Parma							 100%
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
Attivazione del Polo Pediatrico		Atti del Distretto di Parma	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.1.4	Progetto "Rischio di Ospedalizzazione della popolazione pediatrica" in collaborazione con Jefferson University							 0%
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.			La tematica è stata posta all'odg degli incontri di Unità pediatrica distrettuale. Il progetto è stato sospeso						
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
Incontri distrettuali di UPCP/aziendali sul tema Rischio Ospedalizzazione		Verbalì riunioni	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.7.1.5	DGR 830/17 - Lotta all'antibioticoresistenza			 99%

Descrizione	Rendicontazione
Distribuire ai pediatri di libera scelta 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 faringotonsillitevincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (come rilevato tramite il flusso SIVER)	Per quanto riguarda i test rapidi vengono distribuiti seguendo le indicazioni della RER. L'incentivo per l'utilizzo dell'applicativo, inserito nello specifico accordo locale, viene erogato nei limiti delle indicazioni della RER. Per quanto riguarda la riduzione del tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica si registra la migliore performance regionale, mentre per quanto riguarda l'aumento delle prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato è da migliorare la performance e proseguono le azioni di sensibilizzazione; il dato relativo al rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato pari a 1,46 è calcolato su 9 mesi.

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 di RAD per PLS (RAD/anno in funzione del numero degli assistiti)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		100,00%
promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA, num cartelle anno/pls	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		100,00%
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica (rispetto 2016)	specifico flusso di riferimento	% <=		74,23%		73,04%		100,00%
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,50		1,46		97,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.7.1.6	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento			 98%

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.1.6	DGR 830/17 - Promozione dell’Allattamento							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			La rendicontazione è solo annuale e i dati vengono prodotti dalla Regione Emilia Romagna. Al momento non sono ancora disponibili i dati relativi al 2017 che verranno pubblicati a settembre. Nel primo semestre 2018 il Medico referente per l'allattamento ha partecipato ad iniziative di promozione dell'allattamento al seno (relazione a convegno) e alla pianificazione di iniziative successive in collaborazione con il Salute-Donna. Presso la nuova sede della PDC di Parma al nuovo polo Pediatrico è stato previsto uno spazio per l'allattamento in una stanza dedicata ed arredata provvista di fasciatoio. Nel secondo semestre 2018 è stata messa a disposizione delle mamme la stanza per l'allattamento presso la Casa della salute per il Bambino e l'adolescente di Parma, in prossimità degli ambulatori vaccinali. Sono state redatte le Linee Guida interaziendali sull'allattamento al seno e presentate in due incontri (13 e 17 ottobre). Il referente aziendale per la pediatria ha partecipato al convegno regionale di settembre 2018. Presso la Casa della salute per il Bambino e l'Adolescente si è tenuto uno spettacolo con letture e musica sui temi dell'allattamento materno ed è stata installata una mostra fotografica curata e allestita dal Servizio salute Donna. Sono stati pubblicati i dati relativi all'indagine del 2017 che si riportano: si segnala che è diminuita la percentuale dei dati mancanti e sono migliorate le percentuali di allattamento materno						
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
Percentuale di dati mancanti	specifico flusso di riferimento		% <=		10,00%		5,50%		100,00%
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento		% >=		52,00%		56,00%		100,00%
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento		% >=		28,00%		37,00%		100,00%
% non allattamento a tre mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		21,00%		21,00%		100,00%
% non allattamento a cinque mesi (rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		26,00%		29,00%		88,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.1.7	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale			 49%				
Descrizione			Rendicontazione						
La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni deve essere garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.5)			Le Pediatrie di Comunità dei 4 Distretti hanno applicato il nuovo calendario vaccinale già dal 2017 come previsto (es.offerta attiva e gratuita di Meningococco B ai nati 2017), con successiva implementazione nel primo semestre 2018 (es.offerta attiva e gratuita di Rotavirus) ed hanno somministrato le vaccinazioni richieste dall'utente secondo quanto previsto dal PNPV 2017-2019. I dati di copertura vaccinale vengono prodotti dalla regione annualmente, ma esistono dati semestrali elaborati dalla regione a fine agosto allo scopo di monitorare l'andamento del recupero vaccinale con l'applicazione della Legge sull'obbligo. (non comprendono Meningococco B e HPV). I dati evidenziano che le coperture aziendali sono superiori alla media regionale per polio-difterite-tetano-petosse 98,2% a 24 mesi e per MPR 96,4%. Si segnala che la vaccinazione MPR è diventata obbligatoria . Nel secondo semestre 2018 la Regione ha prodotto il report delle coperture vaccinali relative all'attività del 2017. L'Azienda AUSL di Parma primeggia in Regione per le coperture a 24 mesi per le vaccinazioni obbligatorie (da 95,5 a 96,1% per i vaccini contenuti nell'Esavalente) e mantiene buoni valori per le coperture a 6 anni, mentre i dati relativi alle vaccinazioni degli adolescenti risultano molto bassi rispetto alla media regionale. Tutte le Pediatrie aziendali hanno applicato le indicazioni previste dal PNPV 2017-2019 . Non ancora disponibili i dati relativi alla copertura vaccinale contro il meningococco B e per la copertura vaccinale contro HPV delle ragazze e dei ragazzi della coorte di nascita 2006.						
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
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,10%		100,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno		specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				0,00%
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		92,80%		98,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze e dei ragazzi della coorte di nascita 2006		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%				0,00%

Settore	5.7.2	Area Ospedaliera	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Per il 2018 l'U.O. di Pediatria di Vaio ha come obiettivo il mantenimento degli standard qualitativi assistenziali anche di fronte alle sfide legate al costante turn over del personale e lo sviluppo di integrazione di percorsi e procedure con le altre realtà ospedaliere della provincia. Si intende sviluppare questo percorso attraverso la continuazione di un programma di formazione per il personale medico ed infermieristico non solo del reparto di appartenenza ma aperto anche alle specialità con le quali si interagisce nel quotidiano, in preparazione all'attivazione definitiva delle procedure dello STEN provinciale e per implementare la collaborazione con il nuovo PS dell'Ospedale di Fidenza su argomenti quali le emergenze-urgenze neonatali e pediatriche e il riconoscimento e il trattamento del dolore in età pediatrica. Anche se in presenza di attuali, positivi e importanti risultati, si darà poi ulteriore impulso all'implementazione della pratica dell'allattamento al seno attraverso corsi specifici. La recente chiusura del punto nascita di Borgotaro porta ad un aumento delle nascite di neonati residenti in Alta val taro e Ceno. Si intende creare un percorso intra-aziendale tra U:O di Pediatria di Vaio e Servizio Pediatrico Ospedaliero di Borgotaro per facilitare le esigenze logistiche e ridurre gli spostamenti delle famiglie nel caso di necessità di controlli neonatali post-dimissione ospedaliera.			

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.7.2.1	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale - Formazione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Formazione e sviluppo di competenze: organizzazione di corsi di rianimazione neonatale e assistenza neonatale in urgenza e corsi PBLSD pediatrici. Organizzazione e/o partecipazione a corsi di assistenza neonatale e pediatrica per implementare l'integrazione con il centro HUB provinciale e le altre realtà territoriali. Organizzazione di corsi per la sensibilizzazione alla terapia del dolore in età pediatrica.			nel 2018 sono stati effettuati 2 corsi PBLSD per esecutori e 2 corsi di rianimazione neonatale per esecutori. E' stato organizzato anche un corso di rianimazione neonatale avanzato e 1 corso sulle procedure di assistenza neonatale in emergenza (pneumotorace-intraossea) con il supporto anche di docenti dell'AO di Parma. In collaborazione con il PS dell'Ospedale di Vaio, sulla rilevazione e terapia del dolore secondo i principi del progetto PIPER (Pain in Pediatric Emergency Room) della Società Italiana di Pediatria, che raduna un network di decine di PS italiani, pediatrici e generalisti, sono stati eseguiti due incontri formativi . Sono inoltre stati attivati due corsi infermieristici per a care e l'assistenza al neonato degente al Nido						
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
evidenza eventi formativi		U.O. Formazione	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	5.7.2.2	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale -IMPLEMENTAZIONE SCREENING RIFLESSO ROSSO							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione di un percorso condiviso con il Servizio di Pediatria Ospedale Santa Maria Nuova di Borgo Val di Taro per la continuità assistenziale post dimissione dei nati a Vaio e residenti nell'Alta Val taro e Ceno..			Il percorso è stato definito in collaborazione con i medici pediatri dell'Ospedale di Borgo Val di Taro. E' stato definito un percorso con evidenza documentale.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423 del 02/10/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019", punto 2 e 31.					
Indicatore		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		U.O. di Pediatria di Vaio e Servizio Pediatrico Ospedale di Borgotaro	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	5.7.2.3	Sviluppo della Funzione Pediatrica c/o il Presidio Ospedaliero Aziendale – Modifica protocollo interno screening metabolico							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Implementazione delle pratiche di allattamento al seno: organizzazione di corsi e diffusione della conoscenza delle pratiche di allattamento al seno secondo i principi del Biological Nurturing.			Sono stati organizzati due corsi sulle tecniche di allattamento Biological Nurturing per medici-infermieri e ostetriche.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	DGR 1423 del 02/10/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019" punto 31.					
Indicatore		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		U.O Formazione	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore	5.7.3	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	 75%
---------	-------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Per il 2018 sono definiti obiettivi per :

- la lotta all'antibiotico resistenza
- promozione dell'allattamento
- piano di prevenzione vaccinale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 919/18 - Lotta all' antibioticoresistenza			 100%
Descrizione Per il 2018, 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			Rendicontazione 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. Per quanto riguarda la riduzione del tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica si registra la migliore performance regionale, mentre per quanto riguarda l'aumento delle prescrizione di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato è da migliorare la performace e proseguono le azioni di sensibilizzazione; si precisa che i dati relativi agli indicatori "Tassi di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica" e "Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato" sono calcolati su 9 mesi		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 919/18 - Lotta all' antibioticoresistenza								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. RAD per PLS distribuiti nell'anno (per PLS con almeno 800 assistiti)		Rilevazione aziendale	Numero >=		100,00		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		100,00%	
Vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello std. minimo di compilazione (>50 schede anno / PLS)		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica		InSider	% <=		85,00%		73,04%		100,00%	
Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato.		InSider	Numero >=		1,49		1,46		98,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 919/18 - Promozione dell'Allattamento -Pediatria di Comunità							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 919/18 - Promozione dell'Allattamento -Pediatria di Comunità							 100%
Per il 2018, 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.			I questionari sull'allattamento vengono somministrati a 3 e 5 mesi in occasione delle vaccinazioni attraverso il programma vaccinale Onit e tutte le PDC Distrettuali procedono alla compilazione partendo dal mese di marzo fino a novembre, come previsto dalla Regione. I dati 2017 saranno pubblicati dalla Regione a settembre 2018; non esistono dati semestrali. Nel primo semestre 2018 sono state programmate alcune attività a livello locale per il secondo semestre tra le quali le iniziative per la settimana dell'allattamento di ottobre, in collaborazione con il Servizio Salute Donna. Secondo semestre Nell'anno 2018 il flusso dati allattamento è migliorato ed è diminuito il numero di questionari persi Nel mese di ottobre, in occasione della settimana mondiale per l'allattamento, presso la Casa della Salute per il bambino e l'adolescente di Parma nella sala d'attesa degli ambulatori vaccinali è stato proposto un evento di lettura e musica inerente il tema dell'allattamento. Sempre nello stesso spazio è stata allestita la mostra fotografica sull'allattamento ambientata nei luoghi di Parma, a cura del Servizio Salute Donna Sono stati prodotti i dati relativi ai questionari 2017, si riportano i risultati finali						
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
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite	Flusso AVR		% <=		10,00%		3,65%		100,00%
% allattamento completo a 5 mesi.	Flusso AVR		% >=		36,68%		37,34%		100,00%
% allattamento completo a 3 mesi.	Flusso AVR		% >=		55,93%		56,37%		100,00%
% non allattamento a 3 mesi	Flusso AVR		% <=		20,53%		18,75%		100,00%
% non allattamento a 5 mesi	Flusso AVR		% <=		28,69%		26,53%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.7.3.3	DGR 919/18 - Piano di Prevenzione vaccinale	 25%		
Descrizione			Rendicontazione		
Nel corso del 2018 dovranno inoltre 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.			L'offerta attiva e gratuita di Rotavirus a tutti i nuovi nati viene garantita in tutte le PDC da gennaio 2018; la quinta dose di poliomielite viene proposta all'adolescente ma in quasi tutti i Distretti a carico del SISP e non delle PDC. L'herpes zoster viene proposto dal Sisp. La Legge 119/2017 e la Circolare 13 sono state applicate in tutte le PDC aziendali a partire dal 2017, attraverso azioni di recupero che hanno comportato la necessità di sedute vaccinali aggiuntive rispetto a quanto previsto dal solo calendario vaccinale. L'azione di recupero dei soggetti inadempienti in alcuni Distretti è terminata, in altri non si è conclusa; è stata gestita in collaborazione con i Sisp distrettuali per la parte relativa agli adolescenti tranne nel Distretto di Parma dove il recupero vaccinale 0-17 anni è a carico della PDC. E' stata garantito il supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali e all'applicazione del nuovo calendario vaccinale . Nei distretti è iniziata la proposta attiva di vaccinazione contro HPV anche per i ragazzi e continua l'attività di vaccinazione per le ragazze. E' garantita l'attività di chiamata per le 10 vaccinazioni obbligatorie e per il meningococco B per i nuovi nati . Secondo semestre : in tutte le Pediatrie è continuata la proposta attiva della Vaccinazione antirotavirus e del Meningococco B ai nuovi nati; è proseguita la gestione inadempienti con il recupero dell'obbligo vaccinale come da indicazioni della Legge 119 e della Circolare regionale n. 13. Nei mesi di novembre e dicembre è stata proposta la vaccinazione antinfluenzale ai minori che avevano indicazione per patologia cronica, che ha visto un incremento rispetto agli anni precedenti, ed è proseguita l'applicazione della Circolare per le Malattie Invasive Batteriche con la somministrazione di vaccinazioni aggiuntive per i soggetti con patologia . Non ancora disponibili i dati relativi alla copertura vaccinale contro il meningococco B e per la copertura vaccinale contro HPV delle ragazze e dei ragazzi della coorte di nascita 2006.		
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	5.7.3.3	DGR 919/18 - Piano di Prevenzione vaccinale								 25%
Indicatore		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%		96,10%		100,00%	
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno		Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%				0,00%	
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006		Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%				0,00%	
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazzi della coorte di nascita 2006		Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				0,00%	

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

La popolazione immigrata irregolare ed irregolarmente presente nella nostra trova nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello Spazio Salute Immigrati, in particolare, importanti punti di riferimento; nel corso del 2017 le persone che si sono rivolte al citato Servizio sono state, 1797, cui 615 già in carico dal 2016. Permane, tuttavia, una difficoltà da parte di un gran numero di utenza straniera, con particolare riferimento agli immigrati di recente arrivo, inseriti in centri di accoglienza (accoglienza SPRAR, CAS) a rivolgersi adeguatamente e consapevolmente alle offerte dei servizi aziendali e ad ottenere pari opportunità di cura e di prevenzione nelle loro diverse articolazioni, come rappresentato in modo diretto dalla barriera linguistica: il 9% delle persone hanno sufficiente competenza linguistica italiana (nel 2016 11%).

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.8.1.1	Promozione della salute			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Per limitare i rischi potenziali di iniquità si ritiene di proseguire la azione di incontro per informazione e formazione, da rivolgere agli Operatori delle sedi di accoglienza ci cui sopra ed agli ospiti delle stesse, con l'obiettivo di promuovere la conoscenza delle varie opportunità di cura offerte dai vari servizi aziendali (funzione di orientamento) tale da migliorare l'accessibilità/fruibilità dei servizi e migliorare la appropriatezza della domanda sanitaria, la capacità di autopromozione della salute con azioni di sostegno alla self care e self decision-making e adeguamento della health literacy al nuovo contesto di vitai). Promozione delle azioni sostenute dall'Ambulatorio Infermieristico in rete aziendale e con operatori delle istituzioni e del privato di settore che supportano il migrante nei percorsi sanitari, legali ed educativi-formativi			Sono proseguiti gli incontri di informazione /formazione con gli operatori dei centri di accoglienza degli immigrati del territorio. Gli incontri hanno l'obiettivo di promuovere "Equità in Sanità" attraverso azioni di sostegno al "self care " e al " self decision making" del migrante nel nuovo contesto di vita. I pazienti immigrati sono infatti pazienti " complessi" per le seguenti motivazioni : 1) pazienti scarsamente scolarizzati: il 31% è analfabeta e il 49% ha scolarizzazione primaria 2) sono pazienti con storie di trauma/tortura in quanto fuggono da zone di conflitto, da guerre, da povertà. 3) sono pazienti di recente immigrazione (< 5 anni) e quindi con una scarsa conoscenza dei servizi sanitari e delle modalità di accesso agli stessi. Questa complessità rende indispensabile la promozioni di azioni congiunte con i diversi servizi territoriali che si occupano di stranieri.		
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	5.8.1.1	Promozione della salute								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Incontri di informazione-formazione con Operatori e Immigrati		Verbali incontro c/o Casa della Salute	Numero >=		5,00	2,00	5,00		100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.8.1.2	Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Presso l'Ausl di Parma, al fine di garantire accessibilità a tutti i cittadini stranieri non iscritti al SSN o con difficoltà ad orientarsi adeguatamente nella rete dei servizi o parte di gruppi vulnerabili, sono già attivi ambulatori distrettuali dedicati che funzionano da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale. In queste strutture gran parte dell'attività è finalizzata all'assistenza di medicina di base, educazione sanitaria, alla prevenzione ed a sorveglianza infettivologica. Le attività assistenziali e quelle dell'osservatorio epidemiologico servono anche per meglio orientare le azioni di promozioni della salute sulle criticità osservate. Gli obiettivi proposti nell'anno 2018 sono il consolidamento dell'attività nella sede distrettuale di Parma, che è maggiormente esposta al flusso di arrivi in continuo incremento (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). Un focus particolare per l'anno 2017 lo screening dei casi di ITBL e trattamento del caso; screening dei casi di infestazione da Schistosoma e trattamento del caso.			Si è proseguita l'attività di monitoraggio epidemiologico della popolazione in carico. Si sottolinea come la complessità clinica sia strettamente connessa con l'epidemiologia del Paese d provenienza, con le scadenti condizioni economiche di partenza, con le difficili condizioni sociali all'arrivo, nonché con la giovane età delle persone in carico (il 57% ha età inferiore ai 25 anni). Inoltre il paziente immigrato proviene per lo più da Paesi con scarsi sistemi sanitari di prevenzione. La maggior parte dei nostri assistiti riferisce di essersi recato in ospedale solo in caso di situazioni di emergenza e di essersi affidato per lo più alle cure (non costose) di “natural doctor” del villaggio. 937 sono le persone che hanno avuto accesso al servizio con un rapporto 1: 3 fra donne e uomini.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.8.1.2	Attività assistenziale e di osservatorio epidemiologico							 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. prestazioni/n. persone in carico	cartelle cliniche		Numero >=	1,50	2,00	1,50	2,00	100,00%	100,00%
N. inquadramenti sanitari/n. nuovi arrivi del periodo di riferimento	cartelle cliniche		% >=	70,00%	70,00%	70,00%	80,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.8.1.3	Presenza in carico e cura di vittime di tortura							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
L'AUSL di Parmaimpegnata in azioni previste dal un protocollo d'intesa con l'associazione di accoglienza di vittime di tortura (CIAC Onlus) che opera sul nostro territorio al fine di costituire un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di vari disciplina (sociale e sanitario). Si propone anche per il 2017 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 nuovi casi e il monitoraggio e l'assistenza dei casi già in carico al fine di un più puntuale loro orientamento ai fini di un recupero bio-psico-sociale. La prosecuzione della partecipazione alle attività integrate e agli incontri dedicati con le associazioni di settore			Si è proseguita l'attività di presa in carico delle vittime di tortura: Si è posta particolare attenzione alla emersione dei casi nascosti e sommersi, anche attraverso un diretto confronto con i Servizi Sociali operanti nel territorio. Sono inoltre proseguiti gli incontri di confronto con gli operatori nella presa in carico di pazienti complessi e vulnerabili						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo	DGR 172/2015					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. certificazioni	salute immigrati		Numero >=	25,00	50,00	21,00	50,00	84,00%	100,00%
Incontri strutturati con Operatori	verbali degli incontri		Numero >=	4,00	8,00	4,00	8,00	100,00%	100,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.9	<u>SANITA' PENITENZIARIA</u>	 83%
------------------------------------	------------	-------------------------------------	---

Settore	5.9.1	<u>Quadro generale</u>	 100%
----------------	--------------	-------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	5.9.1.1	Qualità delle cure			 100%
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.			Prosegue la riorganizzazione del programma salute negli Istituti di Pena sia nei confronti degli altri servizi dipartimentali che accedono all'istituto sia come obiettivi assistenziali con la produzione di due procedure (Gestione clinica del farmaco e uso del tablet; Percorso organizzativo-clinico-assistenziale per le persone detenute negli Istituti Penitenziari di Parma) e istruzioni operative riguardante il piano caldo, le prenotazioni; è stata istituita la figura di Infermiere di Sezione.		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo	DGR 314/09, DPCM 01.04.2008, DGR10135/11 Circolare RER n. 15 2013 Deliberazione 309 14	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.9.1.1	Qualità delle cure								
										100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Attività equipe integrata		Relazione Responsabile UO Salute Istituti Penitenziari		Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.9.1.2	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Per il 2018 si segnalano i seguenti specifici obiettivi, riferiti ad aspetti organizzativi: - effettuazione screening HIV - Piena valorizzazione nella cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie - Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute - Utilizzo del tablet per la somministrazione farmacologica, comprensivo della prescrizione della terapia tramite la cartella SISP			La cartella clinica informatizzata è utilizzata dagli operatori sanitari sia nella diagnosi che nella terapia ; è in programma di sostituire il formato cartaceo della cartella con la cartella informatizzata SISPER. Dai 433 soggetti nuovi giunti, Lo screening per HIV è stato effettuato su 374 soggetti nuovi giunti; i 59 soggetti restanti sono stati scarcerati prima dell'esame. Per altri obiettivi cfr. con 5.9.2.1.		
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	5.9.1.2	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		86,00%		100,00%	
Coerenza tra terapie farmacologiche e diagnosi nella cartella clinica informatizzata SISP: numero di pazienti con diagnosi di patologia cronica/numero di pazienti con almeno un trattamento farmacologico per malattie croniche		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Evidenza di un piano annuale di promozione della salute		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Terapie farmacologiche somministrate tramite tablet		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Settore	5.9.2	DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER	 65%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
Case di promozione e tutela della salute in carcere La “Casa di promozione e tutela della salute in carcere” è un presidio della Azienda USL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell’accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l’autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze (DGR 588/2014 “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari”). Per il 2018 le Aziende dovranno: - Attivare la funzione del ritorno di tutti i referti specialistici (laboratorio, diagnostica e visite) nel sistema SISP tramite SOLE - Effettuazione screening HIV - In merito alla attuazione del nuovo Piano sociale e sanitario, di recente approvato (DGR 1423/17), programmazione e attivazione in carcere di gruppi di info/educazione alla salute, da effettuare in tutte le sezioni detentive sui temi di promozione e prevenzione sanitaria			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 919/18 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	 65%		
Descrizione 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.			Rendicontazione Sono state avviate le modifiche sul software per il ritorno dei referti ; l'attivazione della funzione di ritorno dei referti specialistici è prevista entro il 31/01/2019. Viene effettuato lo screening a tutti i nuovi giunti ; la registrazione dell'esito avviene attraverso il referto allegato in pdf al programma SISPER e non con la compilazione dei campi dedicati nella cartella SISPER (unico dato elaborabile dal sistema informatico) e pertanto la percentuale dei registrati potrebbe non essere corrispondente allo stato reale delle screening effettuato . Proseguono gli interventi di promozione ed educazione alla salute . il dato relativo all'indicatore n.1 è in elaborazione		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 919/18 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari								 65%
Indicatore		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	Si/No		Si				0,00%	
Nr. nuove persone detenute nell'anno per = 14 giorni screenate per HIV/Nr. nuovi ingressi dell'anno detenuti per = 14 giorni.		SISPER	% >=		90,00%		86,00%		96,00%	
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Nr. totale sezioni		Rendicontazione aziendale	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	5.10	<u>Psicologia Clinica e di Comunità</u>	 100%
------------------------------------	-------------	--	---

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Prosecuzione applicazione della organizzazione della delibera della UOC .
Definizione dei percorsi terapeutici

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.10.1.1	Presa in carico paziente con SM							
			 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione del percorso per la presa in carico psicologica e neuropsicologica del paziente con SM(Sclerosi Multipla)			E' stato costituito il gruppo di lavoro per la presa in carico del pazinte con SM e la stesura degli interventi psicologici rivolti al paziente.						
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	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.10.1.2	Presa in carico paziente con depressione post-partum					 100%		
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	5.10.1.2	Presa in carico paziente con depressione post-partum							 100%
Definizione del percorso per la presa in carico psicologica del paziente con depressione post-partum Obiettivo 5			Si è costituito il gruppo di lavoro e si stanno elaborando le linee operative per la presa in carico delle pazienti con depressione post-partum.						
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		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	5.11	<u>Attività riferite all'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale</u>	 100%
------------------------------------	-------------	---	---

Settore	5.11.1	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 100%
----------------	---------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	5.11.1.1	DGR 919/18 - Medicina di genere (Scheda 9)			 100%

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 corso del primo semestre dell'anno (8 marzo) si è svolto l'ormai consueto evento di sensibilizzazione sulla tematica con il Convegno di Medicina delle Differenze "Identità e linguaggi": si tratta della sesta edizione di questo evento interaziendale che si propone come momento di confronto e riflessione su identità e ruoli di genere nell'attuale contesto socio-culturale.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.11.1.1	DGR 919/18 - Medicina di genere (Scheda 9)							 100%
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
Attivare almeno 1 iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con partecipazione di operatori compresi i medici convenzionati		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	1,00	1,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.11.1.2	DGR 919/18 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda 11)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Dare scopo alle strategie di equità come approccio strutturale con azioni di sistema ed azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni istituzioni, sia verso l'esterno			Nel corso del primo semestre si è svolto un incontro interaziendale con il referente ASSR per lo sviluppo del progetto Equità a cui ha fatto seguito nel corso del mese di Giugno la convocazione del tavolo regionale dei Referenti Equità delle Aziende, in cui sono state condivise le azioni e gli obiettivi da raggiungere e le modalità di realizzazione che verranno realizzate nel corso del secondo semestre. Con delibera 905 del 27.12.2018 si è provveduto all'approvazione del "Piano interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze" e alla contestuale nomina del Referente Aziendale per l'Equità. Sono altresì proseguite le partecipazioni al tavolo regionale dei Referenti per l'Equità.						
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	5.11.1.2	DGR 919/18 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente)		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Adottare un piano aziendale delle azioni equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo sulle attività assunte nei diversi livelli di programmaz., pianificaz. e gestione		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Utilizzare strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) per vulnerabilità sociali popolazione di riferimento del proprio territorio		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.11.1.3	DGR 919/18 - Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.11.1.3	DGR 919/18 - Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)			 100%

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 targettizzato, 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 corso del primo semestre l'Azienda ha partecipato attivamente al Progetto Urbano Strategico "Edu City come città dei corretti stili di vita" promosso dal Comune di Sorbolo con la partecipazione dell'Università di Parma -Dip.to Ingegneria e Architettura-, ARPAE, Istituto comprensivo e Associazionismo locale; in particolare i professionisti aziendali coinvolti hanno contribuito allo sviluppo e al confronto delle tematiche relative alla promozione dei corretti stili di vita, gestendo incontri pubblici, momenti di confronto e contributi scritti. Il processo di realizzazione delle progettualità è proseguito nel corso del secondo semestre dell'anno con la presentazione e la condivisione dei risultati raggiunti (futura pubblicazione in fase di stampa a cura di UNIPR).

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
Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	5.11.1.4	DGR 919/18 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.11.1.4	DGR 919/18 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)							 100%
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 pro-spettiva 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.			Nel corso del primo semestre è stato istituito il Gruppo Regionale di Coordinamento del progetto (per Ausl Parma partecipa il Dr. Vanni) ed è stato avviato il Corso di formazione per gli operatori. A livello aziendale sono coinvolti i Distretti di Parma e Fidenza (con il coinvolgimento complessivo di 3 operatori aziendali); il Corso è proseguito nel secondo semestre e coinvolge professionisti anche di altri Enti e istituzioni pubbliche e private.						
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
Partecipazione di almeno un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento approccio dialogico in ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.11.1.5	DGR 919/18 - Riordino dei Comitati Etici							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.11.1.5	DGR 919/18 - Riordino dei Comitati Etici			 100%					
Le segreterie dei CE dovranno collaborare alla sperimentazione della piattaforma informatica regionale				La Regione Emilia-Romagna, ha acquisito una specifica piattaforma software, SIRER, per la gestione informatizzata della Ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna . La piattaforma è stata presentata il 06/07/2018 presso l'Agenzia Sanitaria Sociale della Regione a cui hanno partecipato la Segreteria Locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN oltre che di un rappresentante della Direzione Sanitaria per la Ricerca e Innovazione aziendale. E' stata assicurata da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico di AVEN e della direzione aziendale la partecipazione ad incontri sulla messa a punto di alcuni dei moduli costitutivi di SIRER e a due incontri formativi, tra novembre e dicembre, sull'utilizzo dell'applicativo.						
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
Assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma - Partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi definiti a livello regionale		Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Area	6	<u>PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI</u>	 84%
-------------	----------	--	---

Sub-Area piano delle azioni	6.1	<u>Il Sistema Informativo a supporto della programmazione</u>	 95%
------------------------------------	------------	--	---

Settore	6.1.1	<u>Obiettivi 2018</u>	 94%
----------------	--------------	------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.1.1	Azioni di sviluppo	 90%		
Descrizione			Rendicontazione		
Le azioni di sviluppo del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Piano triennale degli investimenti alle voci indicate nella sezione tecnologie informatiche .			Rispetto al piano investimenti (1.858.000) per hardware e software per l'anno 2018 abbiamo speso il 90%.		
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	Programma di mandato della giunta per la decima legislatura regionale, approvato il 26/01/2015, punto 2.3 degli Obiettivi di mandato della Direzione Generale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.1	Azioni di sviluppo								 90%
Indicatore		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 2016 - 2018		Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	37,00%	90,00%	74,00%	90,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	6.1.1.2	Azioni di consolidamento								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Le azioni di consolidamento del sistema informatico aziendale riguardano le attività hardware e software indicate nel Paino triennale degli investimenti alle voci nella sezione tecnologie informatiche con particolar eriferimento alla voce 2013/20-3			Il piano investimenti alla voce 2013/20-3 per l'anno 2018 è prevista la quota 1.079.000 mentre lo speso è di 515.000 . Stiamo predisponendo gli ordinativi per i progetti aziendali pianificati. Sono arrivate le fatturazioni nel corso dell'anno.							
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 2016 - 2018		Piano degli investimenti 2016 -2018 e Registro fatture passive	% >=	50,00%	100,00%	48,00%	100,00%	96,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.3	DGR 830/17 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Piattaforme Logistiche: Nel corso del 2017 le aziende dovranno garantire il livello di informazione necessaria al livello regionale, attraverso la definizione condivisa di parametri tecnici-economici delle attività di gestione magazzino, al fine di un monitoraggio comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economico del magazzino unico. Le Aziende sanitarie saranno chiamate a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.			Il servizio ICT ha adeguato le procedure informatiche per migliorare e garantire il livello di informazione necessaria al livello regionale. Le procedure informatiche asl garantiscono un'ottima cooperazione applicativa con quella del magazzino di area vasta Emilia Nord. Nel corso del 2017 è stato unificato il magazzino economico interaziendale AUSL e AOSP e nel corso del primo semestre 2018 è stata perfezionata la cooperazione applicativa tra le procedure informatiche delle due aziende per migliorare la rendicontazione dei consumi delle varie articolazioni aziendali e per migliorare la qualità del flusso DIME.						
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
% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.4	DGR 830/17 - Information Communication Technology (ICT)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.1.4	DGR 830/17 - Information Communication Technology (ICT)			 100%
		Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018; Prosecuzione dell'attività di messa a regime del nuovo software GRU sull'intero territorio (fase 2 Aziende AVEN); FSE: Le Aziende entro il 31/12/2017 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; Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento; Anagrafe Regionale Assistiti (ARA): migrare o integrare i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021			
		il servizio informatico ha predisposto e realizzato tutte le attività di competenza in aderenza alla pianificazione stabilita dal gruppo di progetto regionale per la ns. azienda. Il Gru è a regime in asl. Si conferma il mantenimento delle funzionalità attivate verso il FSE regionale, la continua evoluzione di nuove funzionalità e il progressivo aumentando del numero di documenti inviati attraverso la rete SOLE. (fonte Paglioli): Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 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. Nel primo semestre del 2018 è stata implementata la funzionalità che permetterà l'invio dello stato di erogato al sistema di accoglienza regionale, che è attivata nel secondo semestre 2018. Nel primo semestre 2018 è stata attivata in produzione la funzionalità di download delle immagini radiologiche dal FSE ed adeguato il referto di laboratorio analisi cliniche alle specifiche regionali relative al codice nre. E' attivata la modifica per la trasmissione dei referti alla cartella SISP tramite rete SOLE.			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.4	DGR 830/17 - Information Communication Tecnology (ICT)								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	100,00%		100,00%	
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	85,00%	100,00%		100,00%	
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	50,00%	90,00%		100,00%	
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.5	DGR 830/17 - Sistema informativo							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
All'inizio del 2017 si è dato l'avvio alla riorganizzazione dei sistemi informativi i cui scopi principali sono lo sviluppo di un dataware house esteso a tutti i flussi di dati e la realizzazione di un sistema di reportistica (portale) che risponda ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero etc.) sia negli ambiti sanitari che a quelli socio-sanitari e sociali ; Nuovo tracciato SDO;			Il DWH è in continua evoluzione, nel primo semestre 2018 è stato aggiornato per recepire le modifiche apportate ai flussi da cui viene alimentato. Il tracciato SDO è adeguato alle nuove specifiche di NSIS						
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	6.1.1.5	DGR 830/17 - Sistema informativo								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Presenza di tutti gli interventi programmati erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	95,00%		100,00%	
valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	98,00%	98,00%		100,00%	
Nr. Segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie		specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%	0,10%	0,10%		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.1.6	DGR 830/17 - Sistema informativo							 75%
Descrizione			Rendicontazione						
Qualità delle banche dati; Nell'ottica di integrazione dei flussi, quello del Pronto Soccorso dovrà correttamente integrarsi (link) con quello del 118, tramite il codice identificazione della missione (COD_MISSIONE) e quello di invio del paziente (COD_CO118)			E' stato richiesto adeguamento applicativo e integrazione con il software del 118 al fornitore della procedura di PS al fine di agevolare gli operatori nel recupero dell'informazioni. Nel primo semestre sono state portate a termine tutte le attività per poter avere il rilascio in produzione dell'aggiornamento del software.						
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	6.1.1.6	DGR 830/17 - Sistema informativo								 75%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% aggiornamento righe/volumi (per chiave o id) - per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%	15,00%	15,00%		100,00%	
% volumi - per flusso minsteriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%	90,00%	90,00%		100,00%	
per tutti i flussi/banche dati regionali comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
Nr. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/ elisoccorso (118) con link al flusso118		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	0,00%		0,00%	

Settore	6.1.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 96%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
(DGR 919/18 pag. 91 di 106)Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 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.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.2.1	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000 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 . Garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo del nuovo software GRU . 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)		Si conferma il mantenimento delle funzionalità attivate verso il FSE regionale, la continua evoluzione di nuove funzionalità e il progressivo aumentando del numero di documenti inviati attraverso la rete SOLE. (fonte Paglioli): Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 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. Il servizio garantisce il necessario supporto alle altre articolazioni aziendali per la realizzazioni delle fasi di progetto. Il software GRU è stato attivato ed è regolarmente in funzione.			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.1	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)							 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE	specifico flusso di riferimento		% >=		51,30%	0,00%	54,46%		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%		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%		100,00%
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale(per FSE)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	70,00%	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		% >=		70,00%	85,00%	85,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.2	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.2	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)							 100%
(DGR 919/18 pag. 92 di 106) 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			Nel primo semestre del 2018 è stata implementata la funzionalità che permetterà l'invio dello stato di erogato al sistema di accoglienza regionale, che è stato attivato nel secondo semestre 2018. In merito alla cartella unica regionale informatizzata del DAISM-DP, il referente del sistema Informativo DAISM DP, membro del gruppo regionale dell'analisi e dello studio di fattibilità, nonché del gruppo di realizzazione del Capitolato di gara, ha proseguito le sue attività, delle quali è tenuto regolare registro di firme presso la Regione. Al termine del primo semestre è stata pubblicata gara pubblica, e le azioni sono proseguite nel secondo semestre.						
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
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-Software unico dei comitati etici	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale- cartella clinica unica	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%	95,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.3	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)							 75%
Descrizione			Rendicontazione						
Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica. Software unico per sistema trasfusionale: Le aziende dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo della piattaforma applicativa sw. Nuovo sistema informativo unitario servizi sociali (SIUSS nazionale): Le aziende dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni secondo quanto previsto dalla normativa. Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18/04/2012.(DGR 919/18 pag. 93 di 106)			Nelle SDO è prevista la rilevazione del dolore in corso di ricovero come richiesto della DG Cura della persona. Relativamente alla trasmissione dei certificati INPS è la situazione è la seguente: Per evento ricoveri è stata realizzata una integrazione tra applicativo Gestionale Ricoveri e Servizi telematici INPS che vengono regolarmente inviati dagli operatori, tuttavia non è possibile stabilire una percentuale tra quelli inviati telematicamente rispetto a quelli trasmessi come cartacei. Per il PS non è ancora stata realizzata la integrazione con il gestionale di PS, ma viene utilizzato il portale INPS o TS. Quindi i certificati vengono inviati telematicamente ma direttamente su portale INPS o TS. Non è possibile fornire dei volumi di dati. Per il Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza, la RER ha proposto al Ministero del Lavoro e Politiche Sociali sei ambiti distrettuali: tre dell'AUSL di Bologna e tre dell'AUSL di Ferrara. Se tale proposta dovesse essere approvata dal Ministero, l'ambito territoriale di Parma sarebbe esentato per il 2018 dal caricamento dei dati nel casellario dell'assistenza.						
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
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona	specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		90,00%		100,00%
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%		0,00%		0,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%		80,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.4	DGR 919 - Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
(DGR 919/18 pag. 94 di 106)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			Per il flusso ADI sono state svolte le attività tecniche necessarie al miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo paziente e apportato le modifiche necessarie al tracciato record richiesto. La voce fa riferimento a più flussi. Per quanto riguarda il flusso Hospice (Cure Palliative), il flusso è stabile da diversi anni e garantisce una corretta identificazione del paziente e conforme a tutte le direttive regionali. IN riferimento al flusso hospice i valori degli indicatori sono quelli sotto riportati						
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
N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGE		specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%	0,00%	1,00%		100,00%
Adesione alle azioni richieste da NSIS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	95,00%		100,00%
Rispetto scadenze adeguamento flussi		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Incidenza variazione dei dati (media annuale)		specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	1,00%	15,00%		100,00%
Completezza dei dati nel mese di competenza		specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	100,00%	90,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.5	DGR 919 - Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.5	DGR 919 - Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata							 100%
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.			I flussi AFO e FED vengono inviato al prezzo medio ponderato annuale il cui calcolo è stato riconosciuto corretto dalla regione. In aggiunta ad afo e fed da marzo 2018 viene inviato il file dei prezzi farmaci da fatture in aderenza a quanto richiesto dalla regione. Da giugno il file dei prezzi e la relazione della farmacia vengono inviati regolarmente.						
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
Rispetto dei tempi d'invio delle relazioni mensili (n. relazioni mensili inviate entro i termini)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	90,00%	100,00%		100,00%
Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		100,00%
Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		100,00%
Presenza prodotti nei flussi vs. flusso traccia		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Rispetto dei tempi invio flussi FRNA - Invio flussi/dati entro i tempi		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.6	DGR 919 - Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera							 98%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.6	DGR 919 - Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera							 98%
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.			Nel corso del 2018 è stato reingegnerizzato il sistema di gestione delle liste di attesa per interventi programmati adeguando il software aziendale alle nuove specifiche Sigla, ricodificando la maggior parte degli interventi seguendo il nuovo nomenclatore. Il set di interventi programmati include tutto quello previsto da SIGLA 2.0 ed è in fase di stabilizzazione la corretta trasmissione dei dati in tempo reale.						
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
Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi)	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%		80,00%		100,00%
Invio dati attività di radiologia PACS entro 31/12/2018	specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		90,00%		100,00%
Presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%	90,00%	90,00%		95,00%

Sub-Area piano delle azioni	6.2	<u>ACCREDITAMENTO E QUALITA'</u>	 95%
------------------------------------	------------	---	--

Settore	6.2.1	<u>Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento</u>	 90%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Con atto deliberativo di Giunta Regionale n. 1943 del 04.12.2017 avente per oggetto "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie". L'Azienda dovrà prevedere operativamente l'adeguamento e la preparazione ai nuovi criteri/requisiti per gli anni 2018 e 2019. Nel percorso di preparazione all'adempimento del nuovo modello di accREDITAMENTO si ipotizzano 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; 2) Attività Informativa/formativa, rivolta ad ogni articolazione dipartimentale nella quale verrà affrontato il tema dei criteri e dei requisiti, le modalità di presentazione della domanda ed il processo di rinnovo dell'accREDITAMENTO; 3) Audit interni di verifica alla luce di quanto pianificato nel "Piano Programma di Miglioramento della Qualità"; 4) Affiancamento nella predisposizione documentale; 5) Predisposizione della domanda di accREDITAMENTO istituzionale rivolta ad alcune articolazioni aziendali, in particolare al Dipartimento Cure Primarie.

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			 100%

Descrizione	Rendicontazione
Attività di audit interno per accertare lo stato del Sistema di Gestione Qualità al fine di valutare: 1. la preparazione e l'addestramento del personale; 2. le modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni; 3. il grado di comprensione ed applicazione delle procedure/istruzioni del Sistema di gestione per la qualità; 3. la conformità del servizio ai requisiti di qualità specificati.	Audit interno inteso come strumento di verifica dell'organizzazione. La strutturazione dell'intervista alle organizzazioni oggetto di audit, è tesa al miglioramento continuo oltre che, essere indirizzata a correggere le discrepanze rilevate tra ciò che viene descritto nei documenti e la realtà osservata e descritta. L'applicazione della DGR 1943/2017, richiede più che mai una pratica costante di controlli interni in grado di mettere in evidenza le questioni che interessano l'evoluzione e l'adattamento costante del sistema qualità. Nel primo semestre è stato pianificato e realizzato un audit interno per il DAISM-DP ed uno per la Rete Locale Cure Palliative. In previsione della visita di accREDITAMENTO alla Direzione calendarizzata per dicembre 2018, l'ufficio ha supportato i professionisti afferenti alle Articolazioni aziendali allo scopo di predisporre le evidenze documentali e verificare l'implementazione del sistema qualità all'interno delle funzioni aziendali.

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							 100%
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	Linee guida regionali "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino" - Piano Sanitario e Sociale Regionale (parte V, capitolo III "Comunicazione e Partecipazione")					
Indicatore		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 30/06/2018		Verbali di audit	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%
Audit interno rivolto al DAISM-DP entro il 30/06/2018		Verbale di audit	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Audit interno rivolto alla Rete Locale Cure Palliative entro il 31/12/2018		Verbali di audit	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Predisposizione della domanda di accreditamento dei DCP in conformità a quanto indicato dalla DGR 1943 del 04/12/2017 (in collegamento con l'obiettivo del Piano delle Azioni 1.1.1)		U.O Qualità/Acc.	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.2	Impiego di strumenti regionali PACIC e ACIC							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Impiego di strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC) e predisposizione di un piano di miglioramento sulla base degli esiti della indagine svolta nel 2017 (GI diabete) - In collegamento con obiettivo di Piano Azioni 1.1.2			La Direzione Aziendale in riferimento alle Linee di Programmazione Regionali ed al Piano delle Azioni doveva garantire all'interno di almeno due Case della Salute aziendali, l'impiego di strumenti regionali. Il tutto nella prospettiva integrata di unire la valutazione dell'equipe professionale, attraverso l'utilizzo dello Strumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) - alla valutazione del cittadino - Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) - inserito all'interno del percorso di gestione integrata del diabete. Gli strumenti sono stati applicati in quattro Case della Salute, una per ciascun Distretto: CdS Langhirano, CdS Medesano, CdS Colorno, CdS S.Secondo. I risultati provenienti dai due strumenti di rilevazione sono stati posti a confronto, con l'intento di valutare le rappresentazioni provenienti dalle due fonti: Team di professionisti e pazienti, altresì definire in modo appropriato aspetti funzionali di miglioramento.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.2	Impiego di strumenti regionali PACIC e ACIC							 100%
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
piano di miglioramento		U.O. Qualità	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.3	Governo delle azioni di miglioramento tramite un programma aziendale caratterizzato da un controllo periodico definito alla qualità associato alla qualità delle prestazioni.							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Stesura del programma di miglioramento della qualità 2018 che includa ruoli e responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti, la diffusione interna delle informazioni, la ricerca delle priorità per il miglioramento.			L'Ufficio Qualità e Accreditamento consapevole dell'importanza di dotarsi di uno strumento che dia sistematicità e organicità alle azioni intraprese negli anni precedenti e per meglio definire le azioni da intraprendere per il 2018, ha adottato il Programma per il Miglioramento della Qualità che si pone come strumento utile a definire: risorse, ruoli, responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati ed esiti conseguiti. Il Programma di miglioramento della qualità, è integrato al Piano della Performance 2016 – 2018, con le LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2017, il documento, così come definito nella DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" – criterio 1, consente di porre in evidenza la messa in atto degli interventi individuati come prioritari, all'interno delle aree dove la qualità monitorata non raggiunge gli obiettivi prefissati. Il documento risulta non del tutto esaustivo per i programmi di qualità delle articolazioni aziendali, queste ultime dovranno recepirne i contenuti esplicitando a loro volta le azioni specifiche di loro interesse. Il Piano di Miglioramento della Qualità di livello direzionale è stato definito e predisposto in collaborazione con il Dipartimento Valutazione e Controllo.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.1.3	Governo delle azioni di miglioramento tramite un programma aziendale caratterizzato da un controllo periodico definito alla qualità associato alla qualità delle prestazioni.							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Stesura del programma di miglioramento entro il 28/02/2018		Documento prodotto	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.4	DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20 dicembre 2012, valutandone il grado di adesione a livello aziendale, anche mediante autovalutazioni ed audit interni. A tal fine si chiede alle aziende di proseguire con le attività di autovalutazione avviate e di predisporre un piano di adeguamento rispetto ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa. Secondo quanto previsto dalla DGR 1604/2015, le strutture già accreditate dovranno presentare domanda di rinnovo secondo le modalità ed i tempi che saranno comunicati in corso d'anno e comunque non prima della definizione delle nuove procedure. Le Aziende sanitarie sono chiamate a garantire l'aggiornamento dell'Anagrafe delle strutture autorizzate ed a verificarne la completezza			A seguito del mandato espresso nella DGR 1943/2017, è stata predisposta la documentazione per la presentazione della domanda di accreditamento/rinnovo. La predisposizione della domanda riguarda le seguenti Strutture aziendali: 1) Ospedale di Fidenza; 2) Ospedale S.Maria di Borgo Val di Taro; 3) Hospice "La Valle del Sole"; 4) DAISM-DP; 5) DSP; 6) Hospice "P.Coruzzi" di Langhirano, 7) DCP; 8) Rete Locale Cure Palliative. La domanda prevedeva oltre alla stesura del Manuale Qualità Aziendale, l'autovalutazione riferita ai nuovi requisiti generali, il mantenimento dei requisiti specifici e la stesura della relazione ex-post.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfaccimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.4	DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012							
		50%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accredитamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.1.5	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Le attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento sono: -Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come indicato nella DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutando il grado di adesione ai requisiti predisposti dal Gruppo di progetto regionale, mediante autovalutazioni ed audit interni. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.			L'ufficio ha contribuito al percorso di avvicinamento ai nuovi requisiti promuovendo percorsi formativi, nei quali sono state evidenziate le novità e le differenze rispetto ai requisiti contenuti nella 327/2004; altresì, è stata effettuata un' autovalutazione di livello aziendale, condivisa con la Direzione. Nelle date 11 e 12 dicembre 2018, l'Azienda ha ricevuto la visita per il rinnovo con variazioni dell'accreditamento istituzionale, ai sensi della L.R. 34/1998 e s.i.m..						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	6.2.1.5	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convoacti		specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%	80,00%	78,00%		100,00%

Settore	6.2.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004; con la stessa DGR si stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie; si passa dunque dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITamento di tutta l'Azienda sanitaria. (DGR 919/18 pag. 102 di 106)				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
Le aziende dovranno presentare domanda di rinnovo dell'accREDITamento ai sensi della DGR 1943/17. Il contenuto dell'allegato della delibera sostituisce integralmente i requisiti dell'allegato n. della DGR 327/04. Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accREDITamento DGR 1943/1, 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		Il primo semestre 2018 ha visto l'Ufficio Qualità impegnato nella preparazione documentale (1° livello - valutazione documentale), a tal riguardo la Direzione Aziendale ha definito un gruppo di coordinamento il cui obiettivo è stato quello di validare il Manuale Qualità Aziendale, documento cogente da includere nella domanda di accREDITamento e rinnovo. Il Team di lavoro era rappresentato da figure professionali che, per ruoli aziendali svolti e per competenze specifiche, risultavano adeguatamente rappresentativi delle tematiche oggetto di argomentazione nel corso della visita di accREDITamento regionale. Sono stati pianificati per 4 settimane una serie di incontri nei quali il Team, ha affrontato due criteri per sessione, in ognuno di questi è stata effettuata una riflessione accurata al fine di validare e aggiornare i contenuti del manuale. Sono previsti, a partire da settembre p.v., una serie di audit interni sul sistema qualità necessari a valutare l'applicazione del sistema a livello direzionale e, come questo permea ai vari livelli aziendali. La predisposizione della domanda di accREDITamento/rinnovo ha riguardato le seguenti Strutture aziendali: 1) Ospedale di Fidenza; 2) Ospedale S.Maria di Borgo Val di Taro; 3) Hospice "La Valle del Sole"; 4) DAISM-DP; 5) DSP; 6) Hospice "P.Coruzzi" di Langhirano, 7) DCP; 8) Rete Locale Cure Palliative. L'Azienda ha garantito la partecipazione dei valutatori sia alle iniziative di formazione che alle visite di verifica. a partire dal secondo semestre del 2018, sono stati pianificati una serie di audit interni rivolti alla Direzione e alle Articolazioni aziendali, al fine di verificare l'applicazione del sistema qualità e come questo permea dalla Direzione ai livelli sottostanti.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento								 100%
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
Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31/07/2018)		Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/17 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)		Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione		Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati		Specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%	80,00%			100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 919 - Presa in carico della fragilità\multimorbilità				 100%
Descrizione			Rendicontazione			
(DGR 919/18 pag. 46 di 106) Per la gestione integrata delle patologie croniche, garantire la presa in carico della fragilità\multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità.			L'Azienda nell'ambito della gestione integrata delle patologie croniche, ha scelto di concentrare l'attenzione sul tema del diabete. Gli strumenti utilizzati sono stati ACIC e PACIC. L'analisi esplorativa è stata condotta all'interno di quattro Case della Salute: Langhirano, Medesano, Colorno, S.Secondo, una per ciascun Distretto. In seguito , i dati provenienti dai due strumenti di rilevazione sono stati posti a confronto con l'intento di valutare le rappresentazioni provenienti dalle due fonti: il Team di professionisti vs i pazienti inseriti nel percorso, al fine di definire aree di soddisfazione ed eventuali criticità. I risultati evinti rappresentano la base su cui le organizzazioni oggetto di verifica, pianificheranno le proprie attività di miglioramento. i Quattro Distretti afferenti alle CdS oggetto di indagine, hanno provveduto alla diffusione dei dati evinti, ognuno ha provveduto all'individuazione di un progetto di miglioramento conseguente.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 919 - Presa in carico della fragilità\multimorbilità							 100%
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
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC).	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	6.3	<u>Governo Clinico</u>	 63%
------------------------------------	------------	-------------------------------	--

Settore	6.3.1	<u>Quadro generale</u>	 59%
----------------	--------------	-------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Definizione, in collaborazione con il servizio comunicazione, di un processo sistematico di raccolta, tassonomizzazione e pubblicazione su intranet della produzione scientifica della azienda			La attività è sostenuta con sistematicità e riconosciuta dai clinici e dai ricercatori che fungono da attivi fornitori del materiale da loro prodotto e, quindi, collocato nei siti aziendali. Vengono inseriti sullo spazio dedicato di Intranet articoli a stampa, abstract e poster esposti e discussi a congressi nazionali ed internazionali.						
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		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.1.2	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure			
Descrizione			Rendicontazione		
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure Eventi sentinella e Incident Reporting Check list Sala Operatoria Identificazione Paziente Raccomandazione sicurezza delle cure Prevenzione e gestione delle cadute			Le attività previste nel PPSC e comprese nella DGR 830/2017 sono entrate a regime. Vengono inviate entro termini concordati (in genere entro 5 giorni dall'accadimento, le segnalazioni mediante scheda A e completate le definizioni dei percorsi di miglioramento entro i 45 giorni successivi). La procedura di IR è stata verificata e ulteriormente promosso il suo utilizzo. 7 unità operative che non avevano prodotto segnalazioni nell'anno precedente hanno utilizzato lo strumento per segnalare eventi avversi accaduti. Per il II anno consecutivo sono state svolte osservazioni (in entrambi gli stabilimenti ospedalieri) rientranti nel progetto Osservare che hanno permesso di evidenziare il livello di interesse dei clinici e dei professionisti, oltre a possibili spazi di miglioramento nelle stesse procedure di proposizione della osservazione ipotizzando quindi miglioramenti nella stessa fase di studio oltre che in quella, ovvia di esame delle pratiche di lavoro. Installati gli strumenti per applicare la SSCL anche nelle sale operatorie di oculistica per gli interventi di cataratta. La mappatura delle unità operative che utilizzano la identificazione univoca tramite braccialetto identificativo è stata inviata in tempi adeguati all'assessorato regionale mettendo in evidenza la sostanziale completa diffusione della stessa modalità di lettura univoca dell'identificativo. LA raccomandazione 6 e la 16 evidenziano la necessità, seppur presente la prima e impostata la seconda, di migliorare ed intensificare i rapporti fra AUSL ed AOSP. Il monitoraggio AGENAS è stato condotto nei termini adeguati e l'assessorato ha validato l'invio di tutti i documenti inseriti nello specifico e dedicato sito. La procedura cadute è stata applicata in tutte le UO di degenza, modificata la scheda di rilevazione in tutti gli eventi della fattispecie. Il report sulla attuazione dei PPPrevenzione e l'aggiornamento dei Piani Completati.		
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	6.3.1.2	DGR 830/17 - 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 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure.		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 “Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto” e Raccomandazione 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano”		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			
aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.1.2	DGR 830/17 - 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 su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018			specifico flusso di riferimento	Si/No				Si		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.1.3	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri			
Descrizione			Rendicontazione		
Dal 2017 tutte le Aziende sono state inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013; Risulta fondamentale che le Aziende sviluppino azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire (nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016). E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: “Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione”, approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.			Il reperimento delle disponibilità sistematica di risorse specialistiche utili, costituisce uno dei maggiori fattori di difficoltà allo svolgimento armonioso ed esaustivo anche dal punto di vista dei tempi necessari a concludere le attività peritali e consulenziali: malgrado ciò si sta progressivamente realizzando e costituendo un pool di professionisti in grado di soddisfare le esigenze del settore.		
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	6.3.1.3	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							
Indicatore		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 di processo		specifico flusso di riferimento	Si/No				Si		
grado di completezza del database regionale (rispetto ai casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)		specifico flusso di riferimento	% >=				75,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.1.4	DGR 830/17 - Riordino dei Comitati Etici								
Descrizione			Rendicontazione							
La DGR 2327/2016 prevede il riordino dei Comitati Etici (CE) della Regione Emilia-Romagna, processo che deve essere completato entro il 1/1/2018. In particolare, gli 8 Comitati etici delle Aziende dell'Area Vasta Nord e dell'Area Vasta Centro dovranno essere accorpati in due Comitati Etici di Area Vasta e l'AUSL della Romagna dovrà rivalutare assieme all'IRST di Meldola le modalità di funzionamento del CE della Romagna. Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare nel 2017 di collaborare efficacemente al processo di riorganizzazione, rispettando le fasi previste dalla normativa.			L'azienda ha naturalmente aderito alla fase di costituzione del nuovo comitato etico di area vasta tramite la promozione dei suoi rappresentanti all'interno del comitato e collaborando dal punto di vista amministrativo alle fasi di preparazione, presentazione e interpretazione critica 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	
Assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino (nr. riunioni in ciascuna Area Vasta)		specifico flusso di riferimento	Numero >=							

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	DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza							 17%
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 SChER); Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo; sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi			Migliorata la attività di rilevazione SChER. La diffusione dei germi produttori di Carbapenemasi appare sotto controllo e vengono pedissequamente verificati e seguiti comportamenti basati sulle fonti EBM nella totalità delle sedi assistenziali 'a rischio' dell'azienda.						
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
% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (interventi sorvegliati nel I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento		% >=						
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 >=				17,20		17,00%
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento		% >=						

Settore	6.3.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 68%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
L'emanazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” pone la necessità di provvedere ad una serie di adempimenti previsti dalla normativa stessa. Dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. Tale relazione potrà discendere dal report di attuazione delle attività previste dal Piano- Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nell'anno 2017, che andrà anche aggiornato rispetto alle attività previste per il 2018. Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, deve continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute ...(DGR 919/18 pag.75 di 106)			

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 919 - Sicurezza delle cure	 93%		
Descrizione			Rendicontazione		
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, sulle cause che li hanno prodotti 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 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019 - Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta , analisi e valutazione dei dati ed evidenza azioni di miglioramento su UU.OO. non segnalanti nel 2017:Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017 -Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria			Nell'attesa di ulteriori decreti applicativi a completamento del corredo previsto dalla L.24 sono stati messi in atto i provvedimenti immediatamente realizzabili in merito alle risposte ai cittadini ed alla pubblicazione di dati. La relazione di cui all'art.4 della norma è stata pubblicata sul sito dell'azienda secondo le istruzioni ricevute dall'assessorato regionale alla salute, il 31 marzo 2018. Report PPSCelaborato ed inviato in Assessorato. Continua, con risultati positivi in termini di diffusione dell'utilizzo, la campagna di comunicazione sulla necessità di segnalazione tramite il sistema di IR. Per quanto compreso nel nostro case-mix, gli interventi AHRQ4 vengono indicati in SDO. E' in fase di miglioramento, a seguito del riscontro di errori nella estrazione del flusso, l'assolvimento del debito informativo sulla copertura degli interventi AHRQ4 con SSCL . L'azienda fornitrice del software ha predisposto un sistema di rilettura attraverso il quale utilizzare il IV e V invio del 2018 (a fine aprile) per poter completare soddisfacientemente il quadro delle rilevazioni.		
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	6.3.2.1	DGR 919 - Sicurezza delle cure								 93%
Indicatore		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		100,00%	
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		100,00%	
Incident Reporting:Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno3strutture non segnalanti nel 2017		specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00		6,00		100,00%	
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria - copertura SDO su procedure AHRQ4		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		77,31%		86,00%	
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria-linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		60,00%		80,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.3.2.2	DGR 919 - Sicurezza delle cure							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.2.2	DGR 919 - Sicurezza delle cure	 100%		
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 effettuati 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 ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.			Il progetto OSSERVARE è stato completato per il II anno consecutivo. Rinnovato ed ampliato il gruppo di osservatori. Completato il progetto di applicazione del braccialetto identificativo in tutte le UO di degenza. FUT utilizzato in tutte le UO. Ripetute sedute di SEA per gli eventi più significativi dal punto di vista delle dinamiche di realizzazione del percorso dell'evento avverso o del quasi evento. In fase di predisposizione le iniziative previste per l'Open Day Safety programmato per il prossimo settembre. Linee regionali di indirizzo per prevenzione e gestione cadute implementate con totale partecipazione degli operatori richiesti dal progetto agli audit previsti al corso FAD.		
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	6.3.2.2	DGR 919 - Sicurezza delle cure							
		 100%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Adozione braccialetto identificativo (% di copertura sulle UU.OO. di degenza di degenza)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Evidenza di effettuazione di significant eventaudit 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%		100,00%		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		1,00		100,00%
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%		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	6.3.2.3	DGR 919 - Lesioni da pressione							 0%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.2.3	DGR 919 - Lesioni da pressione			 0%					
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 che 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. Le Aziende sanitarie sono tenute ad aggiornare la loro procedure e pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo. Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali).			Le articolazioni aziendali hanno ricevuto nel corso dell'ultimo mese 2018 il documento "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" pubblicato sul BUR il 15 novembre 2018 e stanno iniziando la fase di traduzione dei contenuti e dei riferimenti delle buone pratiche in indicazioni e raccomandazioni adeguate alle specifiche caratteristiche dei vari setting assistenziali; la bozza operativa per la realizzazione del sistema di segnalazione e dei conseguenti audit prevede la individuazione delle UUOO alle quali proporre la realizzazione degli audit: al momento sono state individuate come candidabili 1 unità operativa territoriale tramite il servizio di Assistenza Domiciliare, 1 UO di assistenza in Ospedale di Comunità e 2 UU.OO. ospedaliere, una di area medica ed una di area chirurgica. In attesa di conoscere nel dettaglio la strategia contenuta dall'atto regionale si è esplorato l'attuale quadro aziendale di lavoro per poterlo, successivamente, adattare e far corrispondere alle indicazioni regionali.							
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
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione			specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%		0,00%
Num. di UU.OO. di area medica presso le quali è stato Realizzato un audit clinico-assistenziale (di processo)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		0,00		0,00%
Num. di UU.OO. in ambito chirurgico presso le quali è stato Realizzato un audit clinico-assistenziale (di processo)			specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		0,00		0,00%

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 919 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza							 97%
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)			Il completamento del sistema di rilevazione delle attività di sala operatoria mediante il software adottato e la installazione dei computer in sala operatoria ha permesso di adeguare le attività di registrazione durante gli interventi chirurgici e di sottoporre a sorveglianza nei tre comparti del Presidio Ospedaliero presi in considerazione nel primo semestre 2018 1365 interventi si 1396 riferibili alla chirurgia generale, ortopedia, ostetricia e ginecologia e urologia . La sorveglianza Sicher si è pertanto attestata a oltre il 99%. E' migliorato il consumo di gel idroalcolico pur non essendo tuttora raggiunta la soglia minima. Il Gel idroalcolico nelle strutture socio assistenziali non fornito dall'azienda: il dato è stato raccolto tramite una sistematica sensibilizzazione di tutte le strutture presenti sul territorio aziendale: ha risposto il 100% (come risulta da report regionale) delle strutture. Il 100% degli ospedali aziendali (2) partecipa alla sorveglianza e controllo della diffusione delle CRE tramite l'applicazione delle linee di indirizzi regionali in materia.						
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
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%		99,00%		100,00%
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario(litri per gg di degenza)	specifico flusso di riferimento		Numero >=		20,00		17,20		86,00%
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
% 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	6.3.2.5	DGR 919 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							 99%
Descrizione			Rendicontazione						
(DGR 919/18 pag.88 di 106) Sviluppo di un progetto aziendale di smaltimento di casi ancora pendenti anteriori all'avvio del programma regionale. Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, valutazione CSV). 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			Obiettivi di funzionamento e smaltimento delle pratiche relative ai casi pendenti standardizzato e in fase di completamento. Tempistiche prese in carico rispettate. DB gestione sinistri popolato.						
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
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		100,00%
% sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12	specifico flusso di riferimento		% >=		87,50%		85,00%		97,00%
Grado di completezza del database regionale(%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

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 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017							 17%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.2.6	DGR 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017			
		 17%			
		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			
		A seguito dell'emanazione della L. 22 dicembre 2017 n.219 avente per oggetto "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT), l'Azienda ha organizzato una serie di incontri su DAT, consenso informato e pianificazione condivisa delle cure. Si è ancora in attesa di una normativa certa e definitiva sulle modalità di formulazione e di raccolta della documentazione presentata dai pazienti Si è tenuto, a cura della Rete Provinciale Cure Palliative, un primo Convegno per formativo "Quando la scelta è cura", in cui sono state fornite informazioni sull'impatto della Legge 219/2017 sul consenso e sulle DAT nel percorso di cura all'interno della Rete di Cure Palliative." Per quanto riguarda la raccolta delle DAT attraverso sistemi informatici in grado di interfacciarsi con ARA si è in attesa di indicazioni ufficiali sulla disponibilità di sistemi di raccolta e di modalità di funzionamento delle reti.			

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 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017							 17%
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
Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati		flusso ARA	% >=		90,00%		0,00%		0,00%
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%		25,00%		50,00%
Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		0,00%

Area	7	<u>IL SISTEMA AZIENDA</u>		 85%
Sub-Area piano delle azioni	7.1	<u>LE LINEE DI SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE</u>		 71%
Settore	7.1.1	<u>Quadro generale</u>		 43%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			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

- Sviluppo della dematerializzazione dei processi contabili e revisioni organizzative connesse
- Certificabilità del bilancio aziendale
- Sviluppo del sistema di Internal

Auditing

- Integrità e

Trasparenza

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

Privacy

- Partecipazione al percorso di revisione delle modalità di accreditamento di cui alla DGR 1943/2017

addebiti per mancate disdette prestazioni

specialistiche

modalità di riscossione provebt aziendali

- Progressiva andata a regime degli

- Razionalizzazione

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.1.1.1	Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
I servizi tecnici ed amministrativi integrati tra le due aziende provinciali nel corso dell'anno 2017 hanno trovato la loro sede definitiva; i direttori dei dipartimenti e dei servizi dovranno valutare, unitamente alle due direzioni amministrative, lo stato di fatto e quello ipotizzato nei documenti organizzativi allegati alle delibere di settembre 2016, proporre eventuali correttivi ed adottare i regolamenti organizzativi definitivi, oltre che ridefinire le relazioni organizzative e procedurali con le direzioni amministrative distrettuali.			I Direttori dei dipartimenti e dei servizi tecnici ed amministrativi integrati hanno effettuato la ricognizione della situazione organizzativa di loro competenza e hanno presentato le proposte di riassetto secondo quanto richiesto, attualmente al vaglio della direzione.		
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 172/2015	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.1	Integrazioni con Azienda Ospedaliero Universitaria								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Presentazione dei documenti organizzativi definitivi		Evidenza documentale ed organizzativa	Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.1.1.2	Certificabilità del bilancio aziendale							 98%	
Descrizione			Rendicontazione							
Esauriti gli adempimenti connessi con le revisioni limitate, l'azienda per il tramite della struttura interaziendale di Internal Auditing, dovrà concludere 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.			Le procedure relative al PAC sono state riviste secondo le indicazioni del Collegio Sindacale ed è stata effettuata la ricognizione dei vari regolamenti aziendali previsti dalle linee guida regionali, in relazione ai quali è stato adottato il 95%.							
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		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
Elaborazione ed adozione versione rivista delle procedure amministrativo contabili			Evidenza documentale	% >=	30,00%	100,00%	0,00%	95,00%	0,00%	95,00%
Adozione di tutti i regolamenti previsti nel percorso PAC			Evidenza documentale	% >=	30,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza					
Obiettivo	7.1.1.3	Integrità e 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	Integrità e Trasparenza								
Le normative in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (legge n. 190/2012 anticorruzione nella pubblica amministrazione, decreto legislativo n. 33/2013 sulla Trasparenza, decreto legislativo n. 39/2013 in materia di incompatibilità e inconfiribilità, DPR n. 62/2013 di approvazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici) 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. Nell'anno 2017 per la prima volta si è elaborato un unico documento di piano integrato interaziendale con efficacia per entrambe le Aziende sanitarie di Parma, anche in relazione all'avvenuta integrazione delle aree tecnico amministrative.In corso l'elaborazione del nuovo Piano Anticorruzione 2018/2020, che confermerà l'impostazione interaziendale e l'integrazione con la materia della Trasparenza. Gli obiettivi generali e prioritari per l'anno 2018: (SEGUE)			Predisposto e approvato il nuovo Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020, per il secondo anno in forma integrata interaziendale AUSL/AOU. Importante nel nuovo Piano l'allegato relativo ale misure specifiche di prevenzione a carico delle varie unità organizzative delle due Aziende, più ampio e articolato rispetto al passato in quanto frutto della attività di aggiornamento della mappatura di procedimenti/processi e rischi effettuata nel secondo semestre dello scorso anno. Svolti incontri di diffusione del Piano, comprese le novità normative e i vari aspetti di novità contenuti nel Piano: obiettivi specifici quali quello assegnato ad Internal Auditing per avviare la progettazione di un sistema di controllo e al Servizio Informatico per la predisposizione di piattaforma per l'istituto del whistleblowing. Garantita la relazione continuativa con le varie unità organizzative per le opprtune precisazioni in ordine all'attuazione delle misure previste dal Piano, sia in materia di prevenzione della corruzione che sugli obblighi di trasparenza e sull'accesso civico.							
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						
Indicatore		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	7.1.1.4	Integrità e Trasparenza							
		100%							
Descrizione			Rendicontazione						



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza
Obiettivo	7.1.1.4	Integrità e Trasparenza	 100%		
		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. 1208 del 22 novembre 2017 - 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 - Attenzione particolare dovrà essere data all'attuazione delle innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 in materia di modifiche agli obblighi di pubblicazione nella sezione web Amministrazione Trasparente e del cd. "accesso civico generalizzato" - 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 - 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 - Tutti i dirigenti ed operatori dell'Azienda sono tenuti a collaborare col Responsabile aziendale - Incontri di informazione e diffusione dei contenuti del Piano anticorruzione e delle normative di riferimento - 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.	Effettuato il monitoraggio generale sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente", in particolare per le verifiche promosse da ANAC, e governate da OIV regionale coadiuvato dagli OAS: l'esito delle verifiche condotte è risultato positivo, con riflessi sulla valutazione degli obiettivi assegnati alle Direzioni aziendali nel sistema regionale. Assicurata la partecipazione al tavolo regionale costituito per perseguire promozione ed omogeneità delle attività in materia. A fine maggio approvato il nuovo Codice di Comportamento interaziendale, previo iter dovuto, sulla base delle indicazioni ed il modello previsto in sede regionale. Sul Codice si rinvia allo specifico obiettivo legato all'attuazione della DGR n. 919/2018. Nel secondo semestre sono proseguite le attività programmate secondo obiettivi e indicazioni contenute nel Piano per la prevenzione della corruzione. E' stata svolta una capillare diffusione del Codice di Comportamento, attività che è stata anche rimessa a tutti i dirigenti di unità organizzativa, chiamati ad attestare detta attività di diffusione (attestazioni agli atti presso l'Ufficio RPCT). Il RPCT ha condotto diversi incontri con servizi ed organismi per diffondere i contenuti del Codice. Svolta insieme al Servizio interaziendale Internal Auditing l'elaborazione del progetto per il rafforzamento delle attività di controllo su processi considerati a rischio in ambito anticorruzione e trasparenza; il progetto, ultimato nel mese di dicembre, sarà allegato al nuovo Piano anticorruzione in approvazione a gennaio 2019. Approntata a cura del servizio informatico interaziendale la piattaforma per consentire le segnalazioni di illeciti (whistleblowing) secondo le indicazioni della legge n. 179/2017; la piattaforma sarà operativa dal mese di febbraio 2019. Effettuato il monitoraggio generale sulle misure anticorruzione previste, in particolare dalla tabella allegato c al Piano per la prevenzione: sono state richieste ed acquisite le relazioni da parte delle unità organizzative interessate. Le relazioni sono valutate dal RPCT e potranno offrire spunti per iniziative di modifica o introduzione di nuove misure per l'aggiornamento al Piano 2019. Garantite dal RPCT tutte le altre attività ordinarie in materia, compresi gli accessi civici, la partecipazione ai tavoli specifici regionali, al sollecito degli adempimenti cui sono chiamati i vari servizi.		
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	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.1.4	Integrità e Trasparenza							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documenti di monitoraggio, Relazione del responsabile aziendale, relazioni dirigenti strutture		Evidenza documentale	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.1.1.5	Miglioramento qualità inventario aziendale							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Nell'ambito del percorso di avvicinamento alla certificabilità del bilancio il tema dell'inventario aziendale riveste una particolare rilevanza; dovrà pertanto essere completato il percorso avviato nel corso degli anni 2016 e 2017 per le tecnologie informatiche, mediante il riallineamento delle tecnologie biomediche.			L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto non si è potuta aggiudicare la procedura di affidamento della catalogazione del patrimonio tecnologico, a causa di una incompatibilità tra l'unica offerta pervenuta e la ditta titolare del contratto di manutenzione delle attrezzature.						
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
Evidenza anomalie individuate e corrette		Report dedicato	Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.6	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.6	Consolidamento della procedura informatica di gestione documentale dematerializzata							 100%
Nel corso dell'anno 2017 sono stati attivati tutti i moduli operativi del sistema di gestione documentale Babel e sono state predisposte le proposte di revisione dei documenti aziendali di gestione, con particolare riferimento al massimario di scarto; nel 2018 dovrà essere portato a compimento il percorso di revisione dei documenti di gestione.			L'attività di manutenzione e affinamento della procedura di gestione dematerializzata è stata regolarmente svolta, in accordo con la cabina di regia dell'azienda Usi di Bologna e d è stato adottato il nuovo massimario di scarto.						
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 attività svolta e redazione nuovi documenti di gestione	Report		Sì/No	No	Sì	No	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.7	DGR 830/17 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2018 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria, oltre che mediate adeguati percorsi organizzativi. L' Azienda dovrà inoltre rispettare le disposizioni in tema di evidenza e trasparenza dei risultati conseguiti, con particolare riferimento agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016 e all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.			Vedi obtv. 1 sezione 7.1.2.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	D.Lgs 231/2002; D.Lgs 33/2013					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.7	DGR 830/17 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							
		0%							
Indicatore		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	% <=	0,00%	0,00%				
Evidenza pubblicazione dati		Report su sito aziendale	Sì/No	Sì	Sì			0,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.8	DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono costantemente impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); - la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali; - il corretto utilizzo del piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; - la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA. Per l'anno 2018 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci (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 apposita Piattaforma web. L'anno 2018 vedrà l'avvio del nuovo piano dei conti, dei fattori produttivi e dei centri di costo predisposti a livello regionale in funzione della prossima entrata in produzione del nuovo applicativo GAAC; l'azienda è tenuta al recepimento e al pieno utilizzo dei nuovi strumenti contabili sulla base delle indicazioni fornite tempo per tempo dalla Regione.			Vedi obtv 2 sezione 7.1.2						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.8	DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile							 0%
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo	DI.Lgs 118/2011; DGR 830/17					
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
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio e dei report di contabilità analitica.		specifico flusso di riferimento	% >=	0,00%	90,00%				
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite.		specifico flusso di riferimento	% >=	100,00%	100,00%			0,00%	0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.9	Sviluppo della funzione di Internal Auditing							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Esauriti gli adempimenti legati alle Revisioni Limitate, il servizio interaziendale Internal Auditing è chiamato a predisporre gli atti propedeutici all'avvio operativo delle funzioni di Audit, tra i quali in particolare il Regolamento di funzionamento e il Piano annuale e pluriennale di attività. Particolare attenzione dovrà essere posta alle corrette relazioni tra funzioni e documenti complementari in tema di controlli e valutazione dei rischi, ed in particolare le procedure relative al PAC e le attività di prevenzione della corruzione. Successivamente alla adozione dei documenti regolamentari e programmatici il servizio dovrà avviare operativamente le attività, i cui obiettivi strategici consistono nel verificare la funzionalità del sistema di controllo interno, ridurre gli impatti economici dei rischi, elaborare in collaborazione col RPC un documento progettuale in tema di controlli.			Vedi obtv. 3 sezione 7.1.2						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.1.9	Sviluppo della funzione di Internal Auditing							 0%
Indicatore	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 regolamento	Evidenza documentale		Sì/No	No	Sì			0,00%	0,00%
Predisposizione Piano attività	Evidenza documentale		Sì/No	No	Sì			0,00%	0,00%
Attività svolta	Report di audit		Sì/No	No	Sì			0,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.10	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2017 è intervenuta l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Per il 2018 è necessario, sulla base delle indicazioni regionali, assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, confermare la partecipazione al Tavolo di coordinamento e governo GAAC e assicurare la partecipazione dei collaboratori ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC.			Vedi obtv 4 sezione 7.1.2						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 830/17					
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 attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro regionali	specifico flusso di riferimento		% >=	100,00%	100,00%			0,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza					
Obiettivo	7.1.1.11	DGR 830/17 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza								 0%
Descrizione			Rendicontazione							
In sede di predisposizione del progetto di legge "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale santa Maria Nuova – altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria" sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale. ..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.41)..			Vedi rendicontazione Ob 7.1.2.5							
Obiettivi Performance	2.4.3	Attenzione e sensibilizzazione su Codice di comportamento e conflitti di interesse	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
Adozione del codice di comportamento nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia		specifico flusso di riferimento	Si/No	Si	Si				0,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.1.1.12	Applicazione del GDPR - Regolamento UE 2016/679 - Nuove norme in tema di Privacy								 0%
Descrizione			Rendicontazione							
Il nuovo regolamento europeo introduce rilevanti novità in tema di Privacy; l'azienda dovrà uniformarsi alla nuova disciplina, con particolare riferimento al censimento dei trattamenti e alla relativa valutazione di impatto, alla individuazione del DPO, alla formulazione di un regolamento in materia ecc. Particolare attenzione dovrà essere posta al tema del dossier sanitario. L'azienda dovrà relazionarsi sia con il livello regionale sia con quello di Area Vasta, nell'ambito degli specifici gruppi di lavoro.			Vedi obtv 6 sezione 7.1.2							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		Regolamento UE 679/2016					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.12	Applicazione del GDPR - Regolamento UE 2016/679 - Nuove norme in tema di Privacy							 0%
Indicatore		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 tavoli regionali e di area vasta		Evidenza della partecipazioni	Si/No	Si	Si			0,00%	0,00%
Adozione regolamento aziendale ed evidenza dei trattamenti		Delibera di adozione	Si/No	Si	Si			0,00%	0,00%
Individuazione del DPO		Atto di nomina	Si/No	Si	Si			0,00%	0,00%
Completamento attività in tema di dossier sanitario		Evidenza attività svolta	Si/No	Si	Si			0,00%	0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.1.1.13	Partecipazione al percorso di revisione delle modalità di accreditamento di cui alla DGR 1943/2017								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
I servizi tecnici ed amministrativi dovranno fornire tutto il supporto necessario al percorso indicato dalla Regione per giungere al nuovo sistema di accreditamento			I servizi tecnici ed amministrativi hanno regolarmente partecipato al percorso di preparazione alla visita di accreditamento, partecipando inoltre alla visita medesima e contribuendo pertanto all'esito positivo dichiarato dal Team.							
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR 1943/2017						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza attività svolta		Report dedicati	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	7.1.1.14	Progressiva andata a regime degli addebiti per mancate disdette							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso dell'anno 2017 la sw house ha reso disponibile l'applicativo per avviare gli addebiti, operatività che ha avuto effettivamente inizio. Nel corso del 2018 occorre avviare il progressivo recupero degli addebiti e nel corso dell'anno 2019 l'attività dovrà andare a regime.			L'attività di recupero è stata molto intensa e l'obiettivo indicato è stato ampiamente raggiunto: nel mese di dicembre infatti sono state inviate le sanzioni relative al mese di aprile 2018.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo	DGR 377/2016					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Addebiti delle mancate disdette al 30 settembre 2017	Report di attività		% >=	30,00%	100,00%	30,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.1.15	Ricognizione modalità di pagamento proventi aziendali e proposta di rimodulazione.							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Le attuali modalità di riscossione dei proventi aziendali devono essere riviste sia in funzione di una maggior automazione del percorso di gestione amministrativo contabile, sia di una miglior rendicontazione ai competenti organi centrali in funzione del cd "Mod. 730 precompilato". E' pertanto necessario effettuare un complessivo riesame e perfezionare una proposta di miglioramento.			L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto, soprattutto per effetto della dilazione disposta dalla legge nazionale in ordine all'utilizzo del sistema cd PagoPA. È comunque stata effettuata la completa ricognizione delle diverse modalità di pagamento utilizzate dai terzi per le varie tipologie di addebito effettuate dall'azienda; nel corso del 2019, anche per effetto dell'avvicinamento al GAAC, l'obiettivo verrà completato.						
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
Progetto di miglioramento	Evidenza documentale		Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	0,00%

Settore	7.1.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>	 100%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale. Si riprendono pertanto anche per il 2018 gli impegni delle Direzioni aziendali:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato. Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 919 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 919 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							 100%
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. Adesione secondo calendario alla gara per il servizio di tesoreria regionale e avvio di SIOPE+			L'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale e la performance è stata ottima, essendosi attestata mediamente a -18 giorni. Il debito informativo regionale è stato regolarmente adempiuto e Siope+ è stato adottato nella tempistica richiesta a livello centrale.						
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
Indice di tempestività dei pagamenti	Specifico flusso di riferimento		Numero <=		0,00	-18,00	-18,12		100,00%
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Avvio SIOPE+	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 919 - Il miglioramento del sistema informativo contabile							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 919 - Il miglioramento del sistema informativo contabile			 100%

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.

Lo schema del Bilancio di Previsione è stato correttamente redatto e non vi sono stati rilievi a livello regionale, il bilancio d'esercizio verrà valutato successivamente dalla Regione; le matrici sono state regolarmente alimentate e non si registrano disallineamenti. Infine anche la piattaforma informatica relativa agli ospedali privati è stata correttamente alimentata.

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
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		100,00%
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 919 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie			 100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2018 sono tenute a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle linee guida RER; proseguire nel perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili in vista dell'avvio del GAAC; superare criticità emerse dai monitoraggi regionali sullo stato di attuazione del PAC, recepire osservazioni e suggerimenti del Collegio Sindacale; aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. Le aziende sono tenute ad istituire la funzione di Audit Interno come previsto dalla L.R. 29/04.	L'azienda ha ulteriormente perfezionato il proprio sistema di gestione amministrativo contabile; particolare attenzione è stata posta allo sviluppo del percorso di valutazione delle giacenze di beni aziendali presso terzi. La funzione di Internal Auditing è stata costituita su base interaziendale nel 2016 e nel corso del 2018 ha ulteriormente sviluppato il suo profilo identitario, mediante l'adozione del Manuale interaziendale di Internal Auditing.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 919 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie								 100%
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
Istituzione sistema Audit		Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.1.2.4	DGR 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Nel 2018 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			L'azienda ha partecipato, per quanto di competenza, all'attività ccordinata a livello regionale di allineamento delle anagrafiche, identificando il proprio referente.							
Obiettivi			Riferimento							
Performance			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	
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		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 919 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							
								100%	
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 919 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							 100%
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 (DGR 919/18 pag. 89 di 106)			A fine maggio è stato approvato il nuovo Codice di Comportamento interaziendale AUSL/AOU, nel rispetto dei tempi e delle indicazioni regionali (DGR 96/2018), dopo aver effettuato l'intero percorso di partecipazione previsto dai provvedimenti dell'Autorità nazionale. Avviata attività di diffusione del Codice, sia presso gli organismi di governo aziendale che in specifici incontri con varie unità organizzative. La diffusione capillare sarà attestata da ciascun dirigente di unità organizzativa. Il secondo obiettivo riguarda la raccolta di dichiarazioni (conflitto di interessi, adesioni ad organizzazioni, patrimonio e reddito dirigenti...) mediante l'utilizzo della piattaforma informatica GRU in gestione al Dipartimento Risorse Umane. Come concordato al tavolo regionale competente, la raccolta delle dichiarazioni avverrà nell'autunno. Infatti, nel mese di ottobre è stata avviata l'acquisizione della modulistica da parte di tutti i dipendenti mediante la piattaforma informatica GRU gestita dal Dipartimento Risorse Umane interaziendale. La modulistica, articolata in cinque distinti format, verte sulla tematica del conflitto di interessi e sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni. Per la dirigenza comprende anche le dichiarazioni di patrimonio e reddito previste espressamente dal Codice di Comportamento. Il report conclusivo dell'acquisizione delle dichiarazioni con i moduli previsti evidenzia la partecipazione del 79% del personale.						
Obiettivi Performance	2.4.3	Attenzione e sensibilizzazione su Codice di comportamento e conflitti di interesse	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
Avvenuta adozione codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate nella DGR 96/18		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
% dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU)		Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		79,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.6	DGR 919 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e regionale			L'Azienda ha fatto fronte ai primi adempimenti a seguito della piena entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679, mediante adozione di specifico atto deliberativo, con il quale tra l'altro è stato identificato il DPO, sono state adottate la procedura di data Breach e il registro dei trattamenti, oltre che confermato l'organigramma aziendale. Inoltre in corso d'anno sono state poste in essere ulteriori attività per perfezionare le coordinate operative aziendali. Molto positiva l'interazione a livello di Area Vasta, nell'ambito della quale è stato istituito specifico gruppo di lavoro. Il DPO, inoltre, ha garantito costante presenza al tavolo di coordinamento regionale						
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
Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt.37-39 del Reg. UE 2016/679) e ridefinizione specifiche responsabilità relative a obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tenuto conto della specifica organizzazione aziendale	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE2016/679)	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	Specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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				 100%
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 dopo il positivo percorso realizzato nell'anno 2017 in tema di certificazione dei bilanci, ci si concentrerà in particolare sulle nuove disposizioni in tema di Privacy.			L'attività in Area Vasta si è sviluppata soprattutto nell'area della Privacy, in ordine alla quale sono stati condivisi i principali documenti relativi ai primi adempimenti derivanti dalla nuova legislazione; molto positiva è stata poi l'attività in tema di concorsi unificati, come da specifico mandato regionale, che ha comportato l'adozione di un modello operativo di riferimento anche per le altre aree vaste. Significativa come sempre, poi, l'attività in tema di acquisti, mediante la conduzione di fondamentali procedure di gare per conto di tutta la Regione e la produzione di importanti documenti giuridici, quali in particolare il nuovo regolamento in tema di esecuzione dei contratti. Significativa, infine, la condivisione sulla nuova copertura assicurativa in tema di Cyber Risk.			
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	Regolamento UE n. 679/2016		

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								
										100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Relazioni sull'attività svolta, documenti redatti in forma congiunta		Verbali gruppi di lavoro, report direzione operativa AVEN	Si/No	Si	Si	Si	Si	100,00%	100,00%	

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

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 nel 2017 ha 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.

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			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

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							 100%
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. 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. 830/17, alla redazione della Relazione sulla Performance 2017, alla impostazione del nuovo Piano della Performance 2018-2020 ed al monitoraggio degli obiettivi della Delibera di Programmazione Regionale n. 919/18, integrati nel Piano delle Azioni 2018 con valutazione dello stato di avanzamento.						
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende	Riferimento Normativo	DGR 830/17					
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 Verbali Incontri		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

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							 100%
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			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 2018 (DGR 919/18) da predisporre entro settembre.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	Delibere OIV 1/2014, 2/2015 e 3/2016					

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							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza Documentale		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.3	Miglioramento Processo di budget							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Applicazione del Regolamento di Budget aziendale, redatto in conformità alle Linee di Indirizzo Regionali; avvio del collegamento tra gli obiettivi di budget e la performance individuale			Il 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 2018 è stato inserito il collegamento con la performance individuale attraverso la identificazione degli obiettivi incentivati con la specifica dello stato, ovvero se incentivati per la dirigenza, per il comparto o per entrambi. 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	100,00%	100,00%

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							 100%
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							
			 100%						
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 di uno specifico flusso informativo regionale, e sviluppo di una reportistica dedicata. Nel 2018 sarà avviata in questo servizio la gestione ordini delle prestazioni sanitarie a privato accreditato in procedura.			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 correttamente 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". 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.						
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	100,00%	100,00%
Evidenza reportistica		Dip. Val. Cont.	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.3.1.5	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile								
										100%
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.5	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							 100%
Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Le Aziende sanitarie sono impegnate: -a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC); -ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; -ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC. Utilizzo nuovo piano Fattori Produttivi e nuovo Piano Centri di Costo approvati a livello Regionale.			Il Dirigente responsabile del Controllo di Gestione ha partecipato attivamente a tutte le riunioni dei gruppi di lavoro regionali, garantendo il raccordo con la Direzione Aziendale. Nei sottogruppi sono stati coinvolti i collaboratori del Dipartimento Valutazione e Controllo interessati rispetto alle tematiche affrontate, per garantire un più ampio supporto tecnico specialistico in relazione anche alla valutazione di impatto della implementazione del nuovo sistema informativo. E' stata completata l'attivazione dei nuovi Fattori produttivi introdotti dalla Regione. Relativamente al piano dei centri di costo essi sono allineati con il modello utilizzato per LA 2018. E' stato fatto un incontro di presentazione e condivisione con i referenti distrettuali del nuovo piano dei centri di costo e sono state definite modalità operative comuni						
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
Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%	95,00%	100,00%		100,00%
Utilizzo nuovo piano Fattori Produttivi e Centri di Costo GAAC	Dip. Val. Controllo		Sì/No		Sì	Sì	Sì		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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Rafforzamento del “Cruscotto Multidimensionale” delle Case della Salute, che amplia la propria anagrafica di indicatori anche sulla scorta delle indicazioni contenute della DGR. 2128/2016. Proseguimento nel lavoro di analisi e raccolta dati, di affinamento del dettaglio di quelli già raccolti ed espressi negli indicatori già inseriti nel cruscotto, di individuazione di nuovi indicatori ed estensione ad altre Case della Salute il progetto, con il fine di integrarle nel cruscotto e rendere operativo il monitoraggio sul loro andamento in base agli indicatori scelti. L'obiettivo è rendere il cruscotto lo strumento operativo volto alla valutazione degli obiettivi presenti nei mandati assegnati alla direzione aziendale.			In seguito ad alcuni incontri svolti con i referenti DCP e Case della Salute, si è deciso di integrare ed implementare il cruscotto, sempre in un'ottica BSC, attingendo dal razionale e dalle logiche presenti nel Piano delle Performance aziendale 2018-2020. In quest'ottica, nel corso dell'anno 2019, verrà prodotta una versione completamente rivisitata del cruscotto delle Case della Salute, che costituisca elemento di osservazione, analisi e gestione delle attività delle Case della Salute da parte della Direzione Aziendale.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo	DGR 2128/16					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza cruscotto	Dip. Val. Cont.		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

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							 100%
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 2018 sono in corso le seguenti collaborazioni: - Cergas Bocconi (Fragilità, BPCO) - Cerismas Cattolica - ASR (valutazione economica PDTA e misurazione impatto Case della Salute)			Nei primi sei mesi dell'anno attraverso una strettissima e proficua collaborazione con la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna, i DCP Aziendali e il RIT nella persona di Flavia Alberici, il progetto Regionale RISK-ER ha preso avvio. I report 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 concordando tempi e modi della presa in carico dei pazienti con gli Ambulatori Infermieristici delle Case della Salute. Sono proseguite secondo il cronoprogramma le collaborazioni con Cergas Bocconi (osservatorio BPCO), Cerismas Cattolica e ASSR (presentata la ricerca dell'analisi dell'impatto delle Case della Salute sul ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente adulta).						
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 programma di diffusione	Dip. Val. Cont		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Evidenza attività	Dip. Val. Cont		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
La formazione sarà 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.			Sono stati svolti tutti i programmati eventi formativi. Particolare enfasi è stata posta all'opportunità offerta dal software SQLSERVER di MICROSOFT di ottimizzare l'operato interrogativo delle Banche Dati Sanitarie. Docente il formatore della IgConsulting in due sessioni pratiche, si è raggiunta adeguata competenza di utilizzo del sistema. Nel corso dell'anno 2019 gli approfondimenti saranno mirati alla conoscenza più approfondita dei cubi OLAP.						

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							 100%	
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	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.3.1.9	Sistema Informativo Controllo di Gestione			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Attività di manutenzione e aggiornamento del sistema di Decision Support System (MUSA e Targit). Come negli anni passati sarà necessario recepire tempestivamente i nuovi contenuti informativi delle Banche Dati Aziendali e Regionali; in particolare assume maggiore importanza la fonte dati del Clinical Datawarehouse aziendale, che rappresenta un consolidato archivio dei principali eventi sanitari fino al dettaglio del singolo assistito (anonimizzato), e che progressivamente si integrerà con la soluzione Musa-Targit, come da progetto inizialmente condiviso con il Servizio RIT.			I software che compongono il DSS sono regolarmente mantenuti ed aggiornati. Nel corso del semestre sono stati integrati ulteriori nuovi report e sono stati ristrutturati quelli esistenti in base alle esigenze che, di volta in volta, sono emerse da parte della direzione e degli utenti. Per quanto concerne il CDW lo sviluppo strutturale si è incentrato sull'ottimizzazione di alcune strutture dati, viste con set minimo di contenuto informativo per la maggior parte delle interrogazioni da svolgersi Just in Time, e soprattutto sulla progettazione di un sistema di integrazione tra il Sistema ARA e il CDW al fine di permettere l'accoppiamento Medico-Assistito in senso cronologico con il massimo grado di precisione; la tematica è particolarmente rilevante per il monitoraggio dei "consumi" dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e per l'alimentazione di un sistema di indicatori che convergono nel 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		

Stampato il 22/05/2019 Pag. 368

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.3.1.11	Reportistica dinamica Targit			 100%

Descrizione			Rendicontazione		
Nel corso del 2018 si prosegue con la creazione di nuovi report e con il consolidamento dei report attuali, mantenendo costante lo scambio di spunti e di integrazioni con i destinatari. E' stata implementata e resa operativa la nuova release del client web di Targit, dotata di nuova interfaccia grafica, aumentando così la compatibilità con i principali browser, e di un nuovo menù di navigazione e selezione. Nell'ottica di estendere l'utilizzo dello strumento, si svolgeranno vari incontri di formazione con il personale interessato, al fine di rendere autonomi gli utenti nelle principali funzioni offerte dal software.			In seguito alla nuova release del software Targit, è stata effettuata una rivisitazione grafica integrale di ogni singolo report dinamico presente sul software, al fine di ottimizzare ulteriormente il funzionamento e la compatibilità con i browser e permettere una fruizione più rapida e intuitiva. Il cruscotto web è stato messo a disposizione ad un numero sempre maggiore di utenti, censiti e profilati in un apposito file contenente i nomi e i profili di accesso. In virtù di questi cambiamenti, si sono svolti momenti di formazione sulle nuove funzionalità e possibilità di utilizzo con gli operatori dei vari distretti e dipartimenti.		

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	Sì		100,00%
Organizzazione corsi di formazione	Targit	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.3.1.12	Sistema Informativo – banche dati – adempimenti			 100%

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.12	Sistema Informativo – banche dati – adempimenti							 100%
Al fine di esercitare la funzione di promozione e coordinamento dell'assolvimento dei debiti informativi che alimentano il sistema informativo regionale e ministeriale (assegnata al Dipartimento Valutazione e Controllo) continuerà il presidio per il corretto mantenimento e aggiornamento della mappatura delle "banche dati" presenti sui server aziendali e presso le varie strutture dell'Azienda. Il prodotto della rilevazione è un file in cui sono riportati tutte le informazioni salienti relative ai flussi informativi che attraversano l'Azienda nel suo funzionamento.			Il file contenente la mappatura delle banche dati e dei flussi informativi è stato ulteriormente compilato andando a colmare le lacune presenti e correggendo le informazioni obsolete in merito alle specifiche di ogni singolo flusso. Per la specifica natura dei contenuti, il Dipartimento Valutazione e Controllo continua a svolgere periodica revisione delle informazioni relative ai flussi informativi.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	DGR 830/17					
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 documentale	Dip. Val. Cont.		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.1.13	Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance		2	Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione			
Obiettivo		7.3.1.13	Revisione Reportistica e miglioramento qualità del Flusso ADI						 100%		
La periodica elaborazione delle informazioni relative ai costi di funzionamento, alla composizione del Personale dipendente e alle attività sanitarie svolte, già in essere ed espressa con la sistematica reportistica dedicata ai vari Servizi Assistenziali oggetto di analisi (Salute Donna, Hospice, Gravissime disabilità acquisite in età adulta, Cure intermedie, Assistenza domiciliare, Sanità Penitenziaria, Ricoveri Area Salute Mentale Adulti, Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza, Costi e Personale del DAI-SMDP e del DSP, Nutrizione Artificiale), proseguirà nell'anno 2018 con i tempi e i metodi ormai consolidati. A questo profilo standard si affiancherà, ovviamente, l'imprescindibile impegno volto ad apportare aggiornamenti e/o integrazioni al quadro già presente, in collaborazione con i Servizi specifici, necessari per attualizzare nuove direttive eventualmente disposte e/o soddisfare nuove esigenze di valutazione. Relativamente all'Assistenza Domiciliare e alle informazioni di Flusso SIADI, continuerà l'attività di "controllo" dell'apposito "Gruppo di Monitoraggio e Miglioramento della qualità del dato" con la predisposizione di specifici Tavoli di Lavoro. In allineamento con l'attività di reporting, laddove si rendesse indispensabile, è previsto l'opportuno adeguamento del sistema gestionale di Decision Support System (MUSA). In primis le sezioni riguardanti "Teste/equivalenti" e "Contabilità Analitica" per l'analisi dei costi e della composizione del personale dipendente di DAI-SMDP e Sanità Pubblica.					Nell'anno 2018 è stata puntualmente assolto , come previsto, il programma di analisi e condivisione della produzione reportistica periodica dei costi e delle attività sanitarie relativamente ai Servizi oggetto di monitoraggio (Gravissime Disabilità Acquisite in età adulta , Hospice, Sanità negli Istituti Penitenziari, Ospedali di Comunità, Nutrizione Artificiale, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, assistenza domiciliare, ricoveri nell'Area Salute Mentale DAI-SMDP nonché dei costi relativi alle varie articolazioni dipartimentali della Sanità Pubblica e del DAI-SMDP, . Per le aree ADI, Hospice e Cure Intermedie si è provveduto ad affinare la sezione valutativa inserendo nuovi indicatori di esito, traendo suggerimento da recenti disposizioni regionali/ ministeriali, al fine di monitorare trimestralmente i caratterizzanti assistenziali in questione. Per l'assistenza domiciliare, grazie al lavoro svolto dal Gruppo di monitoraggio della qualità del dato relativo al flusso informativo regionale SIADI, si sono raggiunti soddisfacenti livelli di qualità, superando via via, e grazie al continuo confronto con i referenti, le criticità sopraggiunte nel corso dell'anno e segnalando i punti di eventuale intervento alle strutture organizzative. Sono stati apportati idonei correttivi di connessione con le architetture di reporting nella piattaforma MUSA, fondamentale Decision Support System per le analisi periodiche, grazie alla collaborazione della Softwarehouse IGConsulting, precipuamente nell'area analitica in seno ai DAI-SMDP e DSP.						
Obiettivi Performance		2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo		DGR 865/2013, Circolari regionali flussi informativi				
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza documentale			Atti Dip. Val. Cont.		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	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	7.3.1.14	Predisposizione di una reportistica di sintesi dell'attività e dei costi DCP							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Il progetto di attuazione di un nuovo strumento di reporting che coniugasse criteri di sintesi e completezza delle grandezze caratterizzanti i Servizi assistenziali delle Cure Primarie, ha portato alla realizzazione di una prima versione di Master Report DCP delle Cure Primarie per la valutazione dei fattori economici, di attività e di composizione del personale dipendente. L'architettura generale è risultata prossima alle prerogative assegnate, ma necessaria di accomodamenti del format e dei contenuti propedeutici alla seconda fase dello sviluppo previsto nel corso del primo semestre del 2018 e incentrato sull'appropriatezza e sulla qualità degli outcomes. Questo anche grazie ai ritorni che stanno già pervenendo dai Direttori DCP con indicazioni e suggerimenti. Quindi, nel corso dell'anno, si interverrà su tre livelli concettuali: rifinitura del format e dei contenuti già in essere, focalizzando l'attenzione soprattutto verso uno snellimento della struttura; sviluppo per l'ultimazione del Master report; messa in produzione ordinaria.			Il Gruppo di Lavoro ha proceduto ad affinare il target prefissato nella idea di progettazione del Master Report: ogni membro del Gruppo di è fatto carico di revisionare e sinterizzare le parti di precipua competenza anche sulla base delle considerazioni svolte alla prima versione da parte della Dr. Rossi Direttore del Dipartimento Valutazione e Controllo. E' stata predisposta una scheda di sintesi dei costi di funzionamento dei DCP (per ora carente delle Aree Anziani e Disabili) in sintonia a quanto riportato nei singoli report costi e attività. E' in fase di completamento, anche alla luce delle nuove possibilità informative offerte dai sistemi di rendicontazione dei costi del settore privato accreditato, una analisi più puntuale dei costi relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale non ospedaliera.						
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
Rilascio del Master Report DCP	Dip. Val. Cont.		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore	7.3.2	919/18 - Linee di Programmazione RER	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Nel corso del 2017 sono state ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Sono iniziati i lavori con il RTI aggiudicatario volti all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema che hanno coinvolto, il Tavolo di coordinamento e governo GAAC (Tavolo GAAC), il DEC, i referenti GAAC e i referenti aziendali che hanno partecipato ai gruppi di lavoro. In continuità con l'esercizio 2017, nel 2018, le Aziende sanitarie sono impegnate: -ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; - a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 e s.s. al Tavolo GAAC; - ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; - ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC; -ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; - ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal Tavolo GAAC per garantire l'avvio dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione	
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile				 100%
Descrizione		Rendicontazione				
Nel 2018 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		Il Dirigente responsabile del Controllo di Gestione ha partecipato attivamente a tutte le riunioni dei gruppi di lavoro regionali, garantendo il raccordo con la Direzione Aziendale. Nei sottogruppi sono stati coinvolti i collaboratori del Dipartimento Valutazione e Controllo interessati rispetto alle tematiche affrontate, per garantire un più ampio supporto tecnico specialistico in relazione anche alla valutazione di impatto della implementazione del nuovo sistema informativo. E' stata completata l'attivazione dei nuovi Fattori produttivi introdotti dalla Regione. Relativamente al piano dei centri di costo essi sono allineati con il modello utilizzato per l'anno 2017, mentre si resta in attesa del nuovo modello LA 2018, al momento allo studio del tavolo Stato Regioni. Nel momento in cui sarà raggiunto l'accordo l'azienda procederà alle necessarie modifiche. Il tema del raccordo tra i nuovi modelli Ministeriali di competenza e validi dal 2019 (LA e CP) ed i piani dei Fattori Produttivi e Centri di costo regionali è stato affrontato nel secondo semestre dal tavolo GAAC.				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							 100%
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
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	7.4	<u>LA FORMAZIONE</u>	 71%
------------------------------------	------------	-----------------------------	--

Settore	7.4.1	<u>Obiettivi generali e specifici</u>	 59%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	Costituzione Unico Provider ECM			 68%

Descrizione	Rendicontazione
A seguito della costituzione, dal 1 gennaio 2018, del Provvedere ECM unico fra l'Azienda Ospedliera Universitaria e l'AUSL di Parma, sarà necessario definire una documentazione unica, rispetto alla presistente relativa a due provider, del sistema qualità (processi di lavoro, procedure, istruzioni operative, elenco prodotti, ecc) in coerenza con i requisiti previsti per l'accreditamento regionale dei provider	Il Provider unico è stato costituito a partire dal 01/01/2018. Nel Primo semestre 2018 sono state emesse le seguenti evidenze: - Scheda per la Proposta e l'Accreditamento degli Eventi - Lettera di incarico docenti interni ed esterni - Registri per la registrazione dei presenti agli eventi - Relazione conclusiva degli Eventi Formativi Nel corso del secondo semestre, ed in preparazione della visita di accreditamento (verifica Funzione Formazione) avvenuta il 12/12/2018 sono state emesse le seguenti procedure interaziendali: - COPAF: Costruzione del Piano delle Attività Formative - CORAF: Costruzione Rapporto Attività Formative - GEF: Gestione Evento Formativo

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3		Area dell'Organizzazione			
Obiettivo	7.4.1.1		Costituzione Unico Provider ECM							
										68%
Obiettivi Performance	2.3.1	Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende		Riferimento Normativo	DGR 1331/2011 (Accreditamento funzione di governo) e DGR 1332/2011 (Accreditamento provider ECM) DGR 1604/2015					
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. evidenze emesse			Documentazione	Numero >=	1,00	3,00	4,00	4,00	100,00%	100,00%
N. procedure emesse			documentazione	Numero >=		1,00		3,00	0,00%	3,00%
Costituzione Provider Unico			Documentazione	Sì/No	Sì	Sì		Sì	0,00%	100,00%



68%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.4.1.2	Avvio e consolidamento del nuovo software WHR - Time - Modulo Formazione (GRU)			 88%
Descrizione			Rendicontazione		
Nel 2018 è previsto l'avvio del nuovo software regionale WHR - Time. Al fine di accompagnare tutti gli operatori coinvolti all'uso del nuovo strumento sono previste complessivamente 4 giornate di formazione: - 2 giornate formative per la rete dei referenti amministrativi di procedura; - 2 giornate per gli operatori dell'SC Formazione centrale			A partire dal 01/01/2018 è stato avviato il nuovo software WHR - Time e realizzate due giornate formative per la rete dei referenti amministrativi di procedura : la prima il 08/02/2018 e la seconda il 09/04/2018. Nel secondo semestre gli operatori della SC Formazione hanno partecipato ad una giornata formativa svoltasi in data 10/12/2018. Causa indisponibilità (interaziendale) di ulteriori giornate nelle quali coinvolgere il fornitore non è stato possibile organizzare la quarta giornata prevista.		
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		



88%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.4.1.2	Avvio e consolidamento del nuovo software WHR - Time - Modulo Formazione (GRU)							 88%
Indicatore	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		% >=	50,00%	100,00%	5.000,00%	75,00%	100,00%	75,00%
Avvio nuovo software	Sistema Informativo		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.3	Piani di sviluppo delle competenze per gli operatori della SC Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane e per i referenti della formazione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
La programmazione del Dossier Formativo (obiettivi ed eventi) della Formazione Aziendale deve prevedere specifici piani di sviluppo delle competenze per gli operatori dell'UO Formazione Aziendale e per i referenti della formazione dei Dipartimenti. Nel corso del 2018 si prevede la programmazione di almeno 2 eventi.			Nel primo semestre non sono stati realizzati incontri formativi, programmati per il secondo semestre 2018. Nel secondo semestre del 2018 gli 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 consentito, anche grazie al confronto con altre realtà sanitarie e non, di poter trasferire alcuni apprendimenti all'interno della propria realtà aziendale (ad esempio relativi all'utilizzo del Distance Learning e del Blended Learning in sanità). Sono stati inoltre organizzati n. 2 incontri con i Referenti Dipartimentali della Formazione dell'AUSL di Parma, focalizzati principalmente sull'analisi dei fabbisogni formativi (presentando il nuovo strumento da utilizzare per la loro raccolta) e sulla definizione dei macro-obiettivi collegati agli eventi che si realizzeranno nel 2019.						
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%	0,00%	100,00%	0,00%	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 Unico							
			100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2018 si intende proseguire con lo sviluppo della formazione e-learning erogata attraverso la piattaforma Foraven: 1. Permettendo l'accesso alla piattaforma ed ai corsi e-learning ai dipendenti di AOU 2. Programmando, sviluppando e gestendo i percorsi formativi e-learning già attivi e di prossima attivazione			Nel corso del primo semestre è stato attivato l'accesso alla piattaforma Foraven per i dipendenti dell'AOU e messo a disposizione, come programmato, il primo dei due percorsi e-learning: "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna". Nel secondo semestre è stato sviluppato e messo a disposizione il secondo percorso e-learning: "Dispositivo Vigilanza: Strumenti e Percorsi per una corretta e Sicura Gestione dei Dispositivi Medici".						
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
Attivazione Accesso alla piattaforma		Piattaforma Foraven	Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%
N. percorsi formativi e-learning attivati/ N. percorsi formativi e-learning programmati		Piattaforma Foraven	% >=	50,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%	100,00%



100%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	7.4.1.5	DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale			 0%
Descrizione			Rendicontazione		
Proseguire nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso: relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale. Per le Aziende Sanitarie sede anche di attività didattica teorica: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.			Vedi Rendicontazione in 7.4.2		



0%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.1.5	DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale							 0%
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
documento di sintesi sulle azioni intraprese relative ai percorsi formalizzati		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

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							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
"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 2017 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione"			Vedi Rendicontazione in 7.4.2						
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	7.4.1.6	DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							
									 0%
Indicatore		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 >=		2,00				0,00%
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00				0,00%

Settore	7.4.2	<u>DGR 919 - Linee di Programmazione RER</u>	 83%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Per tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche: prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso:

- 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 Sanitarie sede anche di attività didattica teorica: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.

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 919 - Formazione specifica in medicina generale			 67%
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			Durante l'anno 2017 è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere. 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. Il terzo indicatore non è applicabile in quanto l'AUSL di Parma non è sede di attività seminariale.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

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 919 - Formazione specifica in medicina generale							 67%
Indicatore		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	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Relazione sul funzionamento della rete		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No	Si		100,00%
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No			0,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.2.2	DGR 919 - Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Orientare l'attività formativa verso lo sviluppo di competenze professionali			1. Il percorso formativo " Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni. 2. Il percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Distretto Sud Est: valori, metodi e tecniche si pone l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni. 3. Per il percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna"." si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni. 4. Il percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispositivi Medici si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo. 5. Il percorso formativo "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo.						
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	7.4.2.2	DGR 919 - Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00	4,00	4,00		100,00%
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		3,00	3,00	3,00		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	7.5	<u>La comunicazione e il miglioramento dell'accesso</u>	 77%
------------------------------------	------------	--	---

Settore	7.5.1	<u>Le azioni per favorire e accompagnare l'accesso ai servizi</u>	 98%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

L'attività di comunicazione aziendale da un lato consolida i risultati di attività raggiunti e dall'altro mantiene costante l'innovazione organizzativa e di prodotto. Le priorità delle azioni 2018 sono: una strategia di comunicazione integrata per migliorare la visibilità esterna delle attività ospedaliere aziendali e dei professionisti coinvolti; la produzione di video brevi per diffusione social; consolidamento del progetto sperimentale social media e sua estensione anche ad altre piattaforme oltre FB; costruzione del progetto "Comunicazione digitale Ausl"; adesione al progetto regionale "Urp che vorrei", quale Azienda capofila, su invito della ASSR. Su indicazione delle Direzioni delle due Aziende sanitarie, proseguiranno le attività di comunicazione integrata con il Maggiore.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	7.5.1.1	Realizzazione di campagne informative	 100%							
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.			Nell'anno è stata assicurata, ben oltre gli obiettivi intermedi individuati, l'attività prevista circa la realizzazione e diffusione di campagna informative di comunicazione esterna.							
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 c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	10,00	20,00	15,00	22,00	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	7.5.1.2	Materiale informativo							 100%	
Descrizione			Rendicontazione							
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.			Nell'anno servizi di ideazione e progettazione grafica, a realizzazione sia interna che tramite fornitori esterni, sono stati forniti in quantità e qualità crescente rispetto agli obiettivi previsti. Fino al giugno, sono state utilizzate il più possibile tecniche e competenze di health literacy, acquisite negli anni scorsi grazie alla precedente adesione aziendale alla specifica progettualità regionale, che ha dato luogo a uno specifico gruppo di lavoro aziendale (si veda scheda 7.5.3)							
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
Prodotti realizzati (opuscoli, locandine, libri, altro)		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione		Numero >=	25,00	60,00	30,00	61,00	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	7.5.1.3	Eventi comunicativi aziendali							 100%		
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.				Nell'anno è stato organizzato in collaborazione con i partner locali del progetto europeo Actimage, il Meeting internazionale del progetto per ospitare incontri e riunioni a valenza sia interna che pubblica, con la partecipazione di alcune decine di partner di nove Paesi esteri. In dicembre è stato organizzato un evento interaziendale per commemorare i 40 anni del SSN, con la partecipazione del Presidente regionale Bonaccini. L'obiettivo dunque ha segnato completo raggiungimento.							
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	1,00	2,00	100,00%	100,00%	

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	 99%		

Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento continuo del sito Internet aziendale, 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 della presenza aziendale su altre piattaforme social media oltre a quella già operativa su Facebook, dove si dovranno affinare qualità e quantità dei contenuti. Prosecuzione della collaborazione con la redazione regionale del portale ER Salute. Costruzione del progetto "Comunicazione digitale Ausl".			Nell'anno è stato realizzato il miglioramento dei contenuti informativi, e della loro organizzazione editoriale, del sito internet aziendale e si è proceduto con gli incontri preparatori all'integrazione di ulteriori sotto-siti aziendali. Non è iniziata la sperimentazione di altre piattaforme social oltre quelle già in uso, dove la presenza aziendale sta crescendo fortemente come mostrano tutti i dati statistici, tra i quali la notevole crescita di followers su Facebook. In evoluzione la collaborazione col portale del SSR. Non è stato avviato il progetto "Comunicazione digitale Ausl".						
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		evidenze online	Numero >=	130,00	280,00	153,00	274,00	100,00%	98,00%
Notizie pubblicate sul portale regionale ER Salute		evidenze on line	Numero >=	30,00	70,00	106,00	183,00	100,00%	100,00%
Utenti unici visitatori del sito aziendale		Google analytics	Numero >=	340.000,00	400.000,00	344.879,00	663.590,00	100,00%	100,00%
Numero di followers pagina FB		evidenza on line su FB	Numero >=	5.000,00	7.000,00	6.000,00	7.903,00	100,00%	100,00%

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	 86%		
Descrizione			Rendicontazione		

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								 86%
Realizzazione del piano di attività annuali del Coordinamento aziendale URP, adesione 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.			Nell'anno, tutte le azioni dell'obiettivo sono state realizzate. Si fa notare come ai numeri abbastanza contenuti e in ulteriore calo sia di richieste informative ricevute via e-mail (servizio "scrivici") che di chiamate al II° livello aziendale del Numero verde, corrisponda specularmente una crescente efficacia informativa del sistema complessivo della comunicazione esterna aziendale. Sono in considerevole aumento le note di riscontro per rispondere alle interrogazioni e interpellanze all'interno di organi di rappresentanza istituzionale (Assemblea legislativa 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	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	520,00	175,00	325,00	70,00%	63,00%	
Riunioni coordinamento aziendale URP		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	4,00	2,00	4,00	100,00%	100,00%	
Numero contenuto chiamate II° liv. del Num. Ver. regionale		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero <=	120,00	220,00	45,00	84,00	100,00%	100,00%	
Riunioni coordinamento aziendale CCM		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	2,00	3,00	1,00	2,00	50,00%	67,00%	
Numero note riscontri interrogazioni		evidenze doc.li c/o Ufficio Comunicazione	Numero >=	15,00	25,00	24,00	64,00	100,00%	100,00%	

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							
		100%							
Descrizione			Rendicontazione						

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								 100%
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. Attivazione e gestione di un sistema di rassegna stampa quotidiana via e-mail, comprensivo anche di servizi radio e tv.			Nell'anno sono state realizzate raggiungendo i risultati attesi le campagne stampa sui media locali per promuovere i due stabilimenti ospedalieri del P.O. aziendale. Grazie e queste campagne la reportistica "Come e quanto dicono di noi" del primo semestre e annuale ha offerto un quadro dove la presenza aziendale sui media "positiva" o "neutra" ha superato di gran lunga quella "negativa". Il servizio via e-mail della rassegna stampa aziendale è partito superando le iniziali carenze tecnico-amministrative della ditta fornitrice individusta con gara Aven.							
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	
Comunicati e conferenze stampa		evidenze online	Numero >=	80,00	120,00	96,00	187,00	100,00%	100,00%	
Organizzazione interviste e contatti giornalisti-Azienda		evidenze doc.li	Numero >=	45,00	70,00	78,00	155,00	100,00%	100,00%	
Rassegna stampa quotidiana via e-mail		evidenze doc.li	Sì/No	Sì	Sì	No	Sì	0,00%	100,00%	

Settore	7.5.2	<u>Lo sviluppo delle azioni di comunicazione interna</u>		 84%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Piena implementazione della funzione, per contribuire alla realizzazione della programmazione aziendale. Allo scopo proseguirà la realizzazione di campagne informative interne, utilizzando prioritariamente servizi di comunicazione on line basati sulle funzionalità anche multimediali della nuova intranet , strumenti cartacei o video, oppure coinvolgendo i dipendenti sulle pitafforme 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								
			75%							
Descrizione			Rendicontazione							
Realizzazione di campagne 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 e programmazione aziendali.			Nell'anno sono state realizzate, anche con strumenti innovativi quali brevi video o spot con personale aziendale, le campagne e altre iniziative di comunicazione interna richieste dalla Direzione e da altre macro-articolazioni.							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 830/2017						
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 realizzate		evidenze online	Numero >=	2,00	4,00	1,00	3,00	50,00%	75,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti					 93%		
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.5.2.2	Intranet e altri strumenti							
			93%						
Pieno utilizzo dell'Intranet aziendale e delle sue funzionalità informative avanzate. 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 l'adozione di una policy interna aziendale.			Nell'anno, la intranet si è consolidata come principale piattaforma informativa di comunicazione interna, per veicolare un numero in aumento di notizie e altri contenuti utili alla vita lavorativa.						
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					
Indicatore		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	68,00	131,00	100,00%	100,00%
Prodotti informativi su vari supporti (carta, video, ecc)		evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	Numero >=	10,00	20,00	6,00	39,00	60,00%	100,00%
Numero dipendenti che seguono le pagine social aziendali		evidenze doc.li c/o Ufficio comunicazione	% >=	8,00%	10,00%	8,00%	8,00%	100,00%	80,00%

Settore	7.5.3	DGR 919 - Linee di Programmazione RER	 50%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale
Facendo riferimento alla Scheda n. 27 “Capirsi fa bene alla salute” (Schede attuative d'intervento in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n.1423 del 2 ottobre 2017), nel corso del 2018 dovrà proseguire ed essere ulteriormente sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: - investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare sviluppando semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevedrà strumenti di valutazione d'impatto; - produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, - favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza A tal fine sarà necessario: - costituire un gruppo di lavoro composto da due professionisti per ogni Area Vasta, personale individuato dalla Direzione Generale cura della persona e welfare, la responsabile della formazione dell'Agenzia sanitaria. Compito del lavoro sarà la definizione di un evento formativo, con il concorso di un esperto internazionale e la identificazione degli obiettivi per il 2019 ed il 2020 anche alla luce degli indicatori della scheda n.27; -prevedere, dopo la mappatura dello stato dell'arte nelle Aziende sanitarie, interventi di formazione rivolti ai professionisti che si rendono disponibili a svolgere attività di formazione tra pari sulla gestione dell'aula; - aggiornare il kit di materiale formativo rivolto a professionisti sanitari ed amministrativi anche attraverso la produzione di materiale audio-video in lingua italiana			

Obiettivo	7.5.3.1	Iniziative di Health Literacy	 50%
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		E' stato ricostituito un Gruppo di lavoro interaziendale per la realizzazione dell'evento formativo nell'anno, che è stato progettato, pubblicizzato ma non si è tenuto per mancanza di iscritti. Alle attività del Gruppo interaziendale si sono affiancate quelle del Gruppo di lavoro aziendale , la cui operatività risale alla progettualità precedente, che ha ampiamente realizzato il secondo obiettivo (opuscolo) della progettualità regionale. Il raccordo con il livello regionale è stato ricostituito, con la partecipazione operativa al Tavolo regionale.	
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Obiettivo	7.5.3.1	Iniziative di Health Literacy							
		 50%							
Indicatore		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		Sì		No		0,00%
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	7.6	<u>Le politiche del personale e sviluppo organizzativo</u>	 100%
------------------------------------	------------	---	--

Settore	7.6.1	<u>Governo della risorsa, strutture, ruoli e funzioni</u>	 100%
----------------	--------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

a) Politiche di governo degli organici coerenti con gli indirizzi regionali di programmazione annuale

b) Applicazione degli accordi siglati tra Regione Emilia-Romagna e le OO:SS: confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario

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	Avvio e completamento della transizione a procedura GRU			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.1	Avvio e completamento della transizione a procedura GRU							 100%
Trattasi di obiettivo strategico, finalizzato ad uniformare a livello regionale la gestione 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 2018 si è proceduto al trasferimento degli archivi storici relativi al trattamento economico erogato al personale medico convenzionato di continuità assistenziale, MET, MMS e specialista ambulatoriale, anche al fine di provvedere al pagamento degli arretrati contrattuali che decorrono dall'anno 2010. E' stata avviata la procedura di gestione delle presenze del personale convenzionato, ad oggi la rilevazione delle timbrature e in generale la gestione delle presenze assenze vengono attuate mediante utilizzo della procedura GRU. Nel secondo semestre si è proceduto alla verifica dei dati economici migrati alla nuova procedura GRU di gestione del trattamento economico spettante al personale convenzionato. Gli archivi sono stati successivamente consolidati e storicizzati. Per quanto attiene alla procedura di gestione delle presenze sono stati trasferiti gli archivi storici relativi agli istituti contrattuali che disciplinano le aspettative e i permessi che incidono sul trattamento economico e pensionistico.						
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 della procedura GRU di gestione delle presenze personale convenzionato	Evidenza della procedura		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Completamento transizione a nuova procedura per la gestione delle presenze personale convenzionato trasferimento e transcodifica archivi anno 2017 e precedenti	Evidenza della procedura		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Completamento transizione a nuova procedura per la gestione del trattamento economico personale convenzionato - trasferimento e transcodifica degli archivi relativi all'anno 2017 e precedenti	Evidenza della procedura		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
L'azienda, valutate le priorità in ambito assistenziale e tenuto conto dei documenti di riorganizzazione dei Dipartimenti Aziendali e del Presidio Ospedaliero predisporre un piano previsionale di assunzione 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.			L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica con decreto el 8/5/2018 nonché dalla Regione con DGR 1412 del 3/9/2018, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia. Il PTFP è stato trasmesso alla Regione con nota 64113 del 26/9/2018, autorizzato dalla Regione con nota prot. 73298 del 06/11/2018 e definitivamente approvato con delibera n.821 del 27/11/2018 e successivamente inserito in SICO. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, inoltre, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e 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	Delibera Regionale di Programmazione 2018 - D.Lgs. 75/2017 - Protocollo regionale in materia di stabilizzazione del personale precario siglato con le OOSS del comparto in data 28/12/2017					
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
Predisposizione piano assunzioni	Evidenza documentale presso il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Monitoraggio rispetto piano assunzioni	Evidenza dalla procedura informatica		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Esecuzione dei protocolli sottoscritti tra Regione Emilia -Romagna e OOSS in tema di stabilizzazioni personale precario	Evidenza documentale dei Bandi di stabilizzazione in atti presso il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.3	Avvio della procedura di gestione unificata delle INFOLINE a procedure VHR time	Risorse Umane e governo degli aspetti correlati al passaggio da procedure						100%
Descrizione			Rendicontazione						
Trattasi di obiettivo strategico finalizzato a rendere assolutamente coerente l'operatività aziendale a quella decisa a livello regionale. L'attività consiste nella implementazione delle varie funzionalità per la gestione delle risorse umane ed in particolare nella implementazione e progressivo consolidamento degli applicativi master presenze, giuridico, economico, formazione nonché nell'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. In particolare sono stati attivati i moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire prioritariamente tutti gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno. Il personale afferente il Dipartimento interaziendale risorse umane e gli operatori individuati nei distretti cui fanno capo le funzionalità sopra descritte sono stati coinvolti nelle sedute di formazione programmate sia con il personale delle ditte aggiudicatrici, sia da parte di operatori referenti della sede centrale. Ciò ha garantito la continuità delle attività, pur con alcune contenute criticità evidenziate nella fase di avvio. 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. A fine primo semestre è stata avviata l'attività formativa per quanto riguarda l'applicativo concorsi, la cui implementazione è stata sospesa a causa di problematiche rilevate a livello extraaziendale. A luglio sono stati definiti i primi incontri per i moduli previdenza e valutazione la cui formazione è stata avviata in autunno.						
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
Avvio della procedura GRU per applicativi presenze, giuridico, economico e formazione	Evidenza dalla procedura informatica		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Consolidamento nuova procedura per i moduli sopracitati e transcodifica archivi anno 2017 e precedenti	Evidenza dalla procedura informatica		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Avvio della procedura GRU per applicativi previdenza, concorsi e valutazione	Evidenza dalla procedura informatica		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.1.4	Progetto PAC gestione del trattamento economico del personale convenzionato							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nell'ambito del progetto PAC l'Area Vasta Emilia Nord ha l'incarico di redigere delle linee guida da applicare alle procedure stipendiali relative al personale convenzionato. Obiettivo dell'SSD personale convenzionato e collaborare alla stesura di detto manuale. Per l'anno 2018 adeguamento del documento contenente le linee guida da applicare alla procedura di liquidazione del trattamento stipendiale spettante al personale convenzionato alle osservazioni formulate dal Collegio Sindacale dell'Azienda USL di Parma con Nota prot. 67290/2017			La SSD Personale Convenzionato ha proceduto alla elaborazione di una proposta di adeguamento della procedura di liquidazione del trattamento economico del personale convenzionato alle osservazioni formulate dal Collegio sindacale dell'Azienda USL di Parma.						
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
Adeguamento del documento contenente le linee guida da applicare alla procedura di liquidazione del trattamento stipendiale spettante al personale convenzionato	Evidenza documentale in atti al Dipartimento Interaziendale Risorse Umane		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.5	Attuazione delle politiche di integrazione a livello sovra aziendale							 100%
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 sovraaziendale riguardante anche funzioni sanitarie.			Nel 2018 si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraaziendale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Emergenza-urgenza provinciale interaziendale (atto n. 52 del 30/01/2018), le elezioni dei relativi organismi che si sono svolte nella primavera 2018 e nella successiva nomina del Direttore del Dipartimento. Non è stato formalmente concluso il processo di unificazione dei Servizi ICT delle aziende di Parma						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.1.5	Attuazione delle politiche di integrazione a livello sovra aziendale							 100%
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
Numero processi completati su processi avviati		evidenza documentale	% >=		95,00%	70,00%	95,00%		100,00%
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione		evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.1.6	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario relativamente ai costi del personale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario relativamente ai costi del personale			La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.						
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	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
Rispetto delle previsioni di bilancio ed attuazione delle manovre volte al controllo della spesa del personale		Evidenza documentale sul Bilancio Economico Finanziario Aziendale B. 6) "Costo personale dipendente"	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore	7.6.2	Revisione organizzazione aziendale	 100%
---------	-------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	Definizione del percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del personale			 100%

Descrizione

L'Azienda, insieme all'AOU di Parma, è chiamata a definire e a dare attuazione ad un piano per la strutturazione di un sistema integrato e omogeneo dal punto di vista interaziendale di valutazione del personale come previsto dalla delibera 5/2017 dell'OIV-RER, che tenga conto delle specificità strutturali e organizzative delle due Aziende coinvolte.

Contenuti e tempistiche di tale obiettivo dipendono dalle indicazioni dell'OIV-RER ancora in definizione.

Rendicontazione

L'Azienda ha definito insieme all'AOU il "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del Personale", che definisce il piano di avvicinamento dei sistemi aziendali al modello a tendere condiviso con l'OIV e delineato nella delibera OIV-SSR n. 5/2017.

Il Percorso è stato trasmesso all'OIV-RER il 15/10/2018 con nota prot. n. 68448 e successivamente integrato con nota prot. n. 82034 del 10/12/2018. L'OIV-RER ha espresso parere favorevole con nota del 18/12/2018 PG/2018/0749878. Il Percorso è stato deliberato in data 27/12/2018 con atto n. 985.

Il documento condiviso è stato strutturato seguendo l'iter indicato dall'OIV con le note del 25/7/2018 PG/2018/0514272 e del 20/11/2018 PG/2018/0694831.

Successivamente alla deliberazione, si è proceduto, con nota prot. n. 1216 del 8/1/2019, all'attivazione del Percorso con la costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale, cui è stato affidato, in questa prima fase, lo sviluppo e l'allineamento della valutazione annuale sia per i risultati che per le competenze. Operativamente il gruppo si è strutturato in sottogruppi dedicati alle diverse tipologie di valutazione annuale

Dimensione Performance	3		Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance	3.2		Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	7.6.2.1		Definizione del percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del personale							 100%	
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
Predisposizione di un Piano validato da OIV-RER			Evidenza documentale		Si/No		Si		Si		100,00%
Attivazione del Piano = operatività gruppi di lavoro per le azioni prioritariamente previste dal Piano			Evidenza documentale in atti al Servizio Risorse Umane		Si/No		Si		Si		100,00%

Settore	7.6.3	<u>Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 2013 e 2014, 2015, 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	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
In continuità con le azioni degli anni precedenti, verrà realizzata la quinta edizione del convegno, in occasione della Festa della Donna, sul tema della salute delle differenze, con particolare riferimento alla differenza di genere è finalizzato a trasmettere conoscenze e sensibilità sulla tematica, per diffondere un approccio clinico ma anche relazionale rispettoso e valorizzante delle differenze. Si intende inoltre costituire un gruppo di lavoro interaziendale, in sinergia con il CUG dell'A.OU, 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 sesta edizione del Convegno di Medicina delle Differenze in data 08/03/18, dal titolo "Identità e linguaggi"; l'edizione di quest'anno ha inteso approfondire l'identità, i ruoli e gli stereotipi di genere nell'attuale contesto socio - sanitario attraverso un percorso che parte dall'analisi del linguaggio e delle rappresentazioni. In continuità con le precedenti edizioni, il Convegno è organizzato dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) delle due Aziende Sanitarie di Parma, con il patrocinio di Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M) e Fidapa.		
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								
 100%										
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
incontri Gruppo di lavoro			Firme presenza	Numero <=		4,00		4,00		100,00%
realizzazione convegno			ATTI UFFICIO COMUNICAZIONE	Si/No	Si		Si	Si	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	7.6.3.2	Contrasto alla violenza sulle donne	 100%							
Descrizione			Rendicontazione							
In continuità con la collaborazione fornita alla DASS negli anni precedenti, nella realizzazione del percorso formativo sul tema, nell'attuazione del progetto di modernizzazione regionale, nella realizzazione delle iniziative di sensibilizzazione dei cittadini in occasione della giornata del 25 novembre, nel 2017 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			Il Centro aziendale "Liberiamoci dalla Violenza" (LDV) ha avviato la propria attività proseguendo presso i locali della Salute Donna - Casa della Salute "Parma Centro". Nel corso del primo semestre dell'anno 2018 è stato realizzato un incontro in tema di contrasto alla violenza sulle donne, in colla borazione con la Direzione delle Attività Socio - Sanitarie (DASS). Contestualmente, sono stati realizzati incontri di informazione, nell'ambito del progetto "OPEN" del Comune di Parma, con le Scuole cittadine, i centri sportivi ed i Centri SPRAR che accolgono le donne straniere. E' stata, inoltre, garantita la presenza di operatori al Corso di formazione regionale per facilitatori della rete dei centri LDV.							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013 DGR N.172/2015						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	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%	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	7.6.3.3	Codice etico							
			 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Formalizzazione e diffusione del Codice di Condotta/Codice Etico volto a prevenire tutte le forme di discriminazioni in ambito all'Azienda, ad integrazione/sostituzione del Codice contro le molestie sessuali.			A seguito delle dimissioni della Presidente e della Consigliera di Fiducia, si è proceduto ad una riorganizzazione del CUG aziendale, sancita con Delibera n. 0000363 del 30/05/18. E' stata nominata la Consigliera di Fiducia con Delibera n. 0000621 del 30/08/18. Il CUG é stato presentato nel proprio nuovo assetto sia in tre riunioni plenarie e, in tale contesto, si é proceduto alla diffusione del Codice Etico, approvato con Delibera n. 303 del 23/05/17.						
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	0,00	3,00		100,00%
Deliberazione aziendale		Deliberazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	7.6.3.4	Piano Azioni Positive								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Formalizzazione, del Piano triennale di Azioni Positive, in attuazione della L. n. 125/1991 e D.lgs. 196/2000.			Il Piano Triennale delle Azioni Positive è stato elaborato nella versione aggiornata ed integrata con le osservazioni pervenute dal CUG e dalla Direzione Generale, a cui è stato inoltrato per l'approvazione definitiva. Il Piano è stato approvato da parte del DG con nota del 22/08/18.							
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		100,00%	

Settore	7.6.4	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane. In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP Nella fase di redazione ed autorizzazione dei Piani di Assunzione 2018 e dei PTFP, sarà assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali... (DGR 919/18 pag. 85 di 106)				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.6.4.1	DGR 919 - Rispetto Legge 161/2014	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
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 con decreto del 8/5/2018 nonché dalla Regione con DGR 1412 del 3/9/2018, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia. Il PTFP è stato trasmesso alla Regione con nota 64113 del 26/9/2018, autorizzato dalla Regione con nota prot. 73298 del 06/11/2018 e definitivamente approvato con delibera n.821 del 27/11/2018 e successivamente inserito in SICO. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo al concorso per infermieri che è stato bandito dall'Azienda USL di Piacenza, al concorso per fisioterapista bandito dall'Azienda USL di Modena e a quello per ostetriche bandito dall'Azienda USL di Reggio Emilia.		
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	7.6.4.1	DGR 919 - Rispetto Legge 161/2014								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Rispetto del Piano di Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'EU, sia in sede di redazione e autorizzazione del piano di assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra RER e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli accordi sottoscritti tra RER e OO.SS.		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 919 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 le aziende dovranno avviare il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai CCNL e con pieno utilizzo del GRU			L'Azienda ha definito Insieme all'AOU, una bozza di "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del Personale" che definisce il percorso di avvicinamento dei sistemi aziendali al modello attendere condiviso con l'OIV. La scadenza per trasmettere all'OIV - SSR. La scadenza per trasmettere all'OIV-SSR il documento finale è il 15/10/2018						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 919 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale							 100%
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
Avvenuta adozione del piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni i tempi previsti dalle indicazioni DG sanità e OIV-SSR		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.2	Area degli investimenti			
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 919 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche							 100%
Descrizione				Rendicontazione					
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.				E' stata garantita la partecipazione al gruppo di lavoro regionale coordinato dalla Direzione regionale					

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 919 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche							 100%
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
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	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.							 99%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.	 99%		
		Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi (anche in relazione alle opportunità fornite dall'art. 16 del D.L. 98/2011 in tema di risorse derivanti dalle economie di gestione prodotte dai processi di riorganizzazione). Resta altresì prioritario, in sede di confronto con le OO.SS., lo svolgimento di un'analisi puntuale riguardo gli istituti a sostegno dello sviluppo e della valorizzazione professionale, nonché sulla possibile ridefinizione del sistema indennitario previsto dall'ipotesi di contratto collettivo del comparto e dagli atti di indirizzo della dirigenza. Prosecuzione delle attività del Tavolo regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.	Il confronto tra l'Azienda e le OOS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti i processi di stabilizzazione dei rapporti precari, l'integrazione interaziendale, la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, l'introduzione della nuova procedura di gestione del personale 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. Nel corso del 2018 si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraziendale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Emergenza-urgenza provinciale interaziendale (atto n. 85 del 30/01/2018), le elezioni dei relativi organismi che si sono svolte nella primavera 2018 e nella successiva nomina del Direttore del Dipartimento. E' inoltre continuata la partecipazione, 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 sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria. L'azienda ha assicurato la partecipazione di un proprio professionista al Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie" in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.		
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	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.							 99%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative di processi di integrazione interaziendali avviati o in via di conclusione		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Nr. processi completati su processi avviati		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	95,00%		95,00%
Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "AreaUrgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di PS e emergenza territoriale		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%



99%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 919 - Costi del personale			 100%
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			La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.		
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo		



100%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance		4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 919 - Costi del personale								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Rispetto delle previsioni di bilancio		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	7.7	<u>Il SIT e la valorizzazione delle competenze</u>	 79%
------------------------------------	------------	---	---

Settore	7.7.1	<u>Organizzazione e gestione del personale</u>	 79%
----------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

In coerenza con quanto esplicitato dai documenti di programmazione regionali ed aziendali, nel corso dell'anno si predisporranno ed attiveranno percorsi assistenziali che favoriscano il processo del prendersi cura del cittadino assicurando attenzione ai bisogni presenti e alle esigenze di continuità assistenziale: si segnala, in particolare, il percorso relativo ai pazienti oncologici, in puntuale integrazione con l'AOU. Altre azioni programmate fanno riferimento al miglioramento della documentazione sanitaria, realizzazione e sperimentazione della cartella clinica elettronica - sezione infermieristica a partire dallo Stabilimento ospedaliero di Vaio, all'attivazione di reti di professionisti, sia sull'ambito vulnologico, cui si collega l'azione di miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle medicazioni avanzate, sia per il rischio infettivo correlato all'assistenza nelle Case Residenza Anziani. Si ritiene, inoltre, di proseguire nel attività di miglioramento complessivo dei programmi di orientamento ed inserimento dei neoassunti, anche relativamente all'acquisizione delle conoscenze ed abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle attività, proponendo la strutturazione di un percorso formativo sul tema del rischio infettivo - infezioni correlate all'assistenza.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	7.7.1.1	Attivazione di una rete vulnologica aziendale			 50%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.7.1.1	Attivazione di una rete vulnologica aziendale							 50%
Le lesioni cutanee croniche costituiscono un importante problema di salute ed un problema sociale di uguale rilievo: producono sofferenza fisica e psicologica nei malati, costi per i servizi sanitari in termini di utilizzo di giornate di degenza, consumo di farmaci, utilizzo di presidi/ausili ed impegno assistenziale. La riduzione della loro incidenza, come pure l'adozione di modalità di trattamento evidence based, è da identificarsi come una priorità per gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari. L'obiettivo assunto è di strutturazione di una rete vulnologica, coordinata da infermieri con competenze avanzate, volta a facilitare il percorso degli utenti con LCC, anche tra i diversi setting di cura, ottimizzando l'utilizzo di risorse e materiali secondo un modello di appropriatezza organizzativa e prescrittiva.			In coerenza con l'obiettivo individuato, si è investito nella formazione di un'infermiera per l'acquisizione di competenze avanzate in tema di wound care. Relativamente allo sviluppo di una rete vulnologica aziendale, le scelte aziendali assunte nel corso dell'anno hanno portato a riorientare l'obiettivo in una cornice di sistema interaziendale con necessità di tempi più lunghi di realizzazione.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 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
Sviluppo delle competenze avanzate negli infermieri individuati		SIT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Predisposizione del documento di riferimento		SIT	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.2	Miglioramento nell'appropriatezza di utilizzo delle medicazioni avanzate							 50%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.2	Miglioramento nell'appropriatezza di utilizzo delle medicazioni avanzate							 50%
Le medicazioni avanzate assorbono rilevanti risorse economiche delle Aziende sanitarie e la numerosità delle tipologie commercializzate possono rendere difficile la scelta di quelle più appropriate in relazione alle condizioni cliniche dei pazienti ed al setting assistenziale. L'azione è volta alla predisposizione di un documento di riferimento aziendale, in accordo con il Dip. Farmaceutico, per il corretto approccio al trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche, in coerenza con le linee di indirizzo regionali; successivamente alla disponibilità del documento, si prevede l'attivazione di momenti formativi per gli infermieri ed i medici delle aree ospedaliera e territoriale.			E' stato redatto, come programmato, il documento di riferimento rispetto all'utilizzo delle medicazioni avanzate; i momenti formativi sono stati rinviati al prossimo anno in ragione della valutazione di opportunità di condivisione ed integrazione dei percorsi e dei contenuti formativi con i professionisti dell'AOU.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	DGR 830/2017 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 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
Predisposizione ed adozione del documento aziendale	Direzione aziendale		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione momenti formativi	SIT		Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.7.1.3	Attivazione di percorsi di continuità di cure in pazienti oncologici							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Attivazione di un percorso interaziendale volto a garantire una efficace continuità assistenziale e di cura fra Ospedale e Territorio per i pazienti in carico all'U.O di Oncologia medica, Day Service e Degenza, dell'AOU di Parma che necessitano, nelle fasi di intervallo tra i cicli dei trattamenti chemioterapici, di assistenza infermieristica erogabile presso gli Ambulatori Infermieristici Territoriali dell'AUSL.			Successivamente alla produzione della bozza di documento organizzativo, le ulteriori valutazioni intercorse tra le Direzioni aziendali di AUSL ed AOU hanno portato a posticipare l'effettiva attivazione del percorso.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.7.1.3	Attivazione di percorsi di continuità di cure in pazienti oncologici							 50%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo	Piano della Performance 2016-2018 AUSL 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
Predisposizione ed approvazione della procedura interaziendale		Direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Attivazione della presa in carico di pazienti oncologici		SIT	Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.4	Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Il ruolo degli strumenti informativi sanitari informatizzati, strutturati secondo precisi requisiti, hanno acquistato un valore decisamente importante e hanno dimostrato un grande potenziale in quanto permettono di documentare il corretto processo di cura e di assistenza erogata alla persona assistita. Nell'ambito del Presidio Ospedaliero Aziendale è in uso un modello di documentazione che non risponde agli attuali requisiti disciplinari richiesti dalla professione infermieristica. Lo scopo del progetto è quello di realizzare e implementare un modello di CARTELLA CLINICA ELETTRONICA – SEZIONE INFERMIERISTICA (CCE – SI), basato su un modello concettuale, che consenta l'utilizzo di un linguaggio disciplinare standardizzato e permetta di raccogliere in modo accurato e preciso le informazioni utili riguardanti la persona assistita al fine di elaborare un adeguato piano assistenziale. I risultati attesi del progetto riguardano la revisione e informatizzazione della documentazione infermieristica con inserimento di un sistema di classificazione infermieristico internazionale del North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Intervention Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC).			Nel corso del I° semestre 2018 è stato elaborato il documento di progetto che definisce gli obiettivi, le modalità e la tempistica di implementazione dello strumento elettronico. È stata inoltre avviata, presso l'U.O. di Ostetricia/Ginecologia dello Stabilimento Ospedaliero di Fidenza, la sperimentazione del prototipo informatizzato della nuova cartella infermieristica. Nel corso del II° semestre 2018 si è proceduto a perfezionare gli aspetti tecnici dello strumento elettronico a seguito della sperimentazione e si è dato avvio all'implementazione della nuova cartella all'interno di 3 UU.OO. (Cardiologia/UTIC, Medicina D'Urgenza, Rianimazione) con abbandono definitivo del formato cartaceo.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.4	Cartella Clinica Elettronica - SEZIONE INFERMIERISTICA							 100%
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo	Piano della Performance 2016-2018 AUSL 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
Predisposizione del documento di progetto CCE - SI		SIT Ospedale Fidenza	Si/No		Si		Si		100,00%
Avvio della sperimentazione del prototipo informatizzato CCE - SI in almento tre UU.OO. del POA - Stabilimento Ospedaliero di Fidenza		SIT Ospedale Fidenza	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.7.1.5	Accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Preparazione alle verifiche di accreditamento istituzionale e soddisfacimento degli obblighi regionali.			Si è concluso, rispetto a quanto programmato, il lavoro di predisposizione dei piani organizzativi e delle check list relativamente ai Servizi/UU.OO dei Dipartimenti di Cure Primarie in coerenza con quanto richiesto dai documenti di riferimento, regionali ed aziendali, per quanto di competenza dei SIT di articolazione.						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo	DGR n. 1604/2015					
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
Conseguimento dell'accREDITamento per i DCP		Direzione generale	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.6	Promuovere l'uso di pratiche assistenziali sicure per ridurre il rischio infettivo correlato all'assistenza nelle Case Residenze per Anziani							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
La gestione del rischio infettivo costituisce parte integrante dell'obiettivo strategico di promozione e miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari appartenenti a qualsiasi ambito aziendale. Nelle CRA il tema delle ICA è sicuramente aggravato dalla frequenza di ospiti colonizzati o infetti da germi multiresistenti e dalle condizioni di complessità degli assistiti. L'azione che si intende realizzare nel corso dell'anno è rappresentata dalla costituzione di una rete di professionisti referenti del rischio infettivo nelle CRA			E' stato realizzato il percorso formativo in coerenza con quanto programmato. Obiettivi del corso sono stati: a) migliorare la consapevolezza dell'importanza di prevenire e controllare le ICA, attraverso l'applicazione di buone pratiche evidence based; b) promuovere il confronto dei professionisti e delle loro esperienze per individuare le soluzioni adeguate al contesto. Il lavoro in rete si è dimostrato elemento decisivo per garantire un corretto approccio al problema. Sono stati adeguati e messi in uso strumenti di lavoro per: a) promuovere le attività di sorveglianza delle infezioni e dei microrganismi multiresistenti; b) per misurare l'adesione all'igiene delle mani e monitorare i consumi dei prodotti idroalcolici (in coerenza con gli obiettivi del PRP 2019).						
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: ..."; Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018					
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
Formazione dei professionisti costituenti la rete		Documentale SIT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Predisposizione di strumenti per la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni		Documentale SIT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.7	Percorso formativo sul rischio infettivo - infezioni correlate all'assistenza rivolto al personale neoassunto							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Predisposizione di un pacchetto formativo sul tema delle infezioni correlate all'assistenza, aspetti di sorveglianza, prevenzione e gestione degli eventi, rivolto al personale sanitario neoassunto.			E' stata avviata la predisposizione di un pacchetto formativo sulle infezioni correlate all'assistenza rivolto al personale sanitario neoassunto. In attesa dei nuovi assetti organizzativi aziendali relativi alla gestione del rischio infettivo, si è ritenuto opportuno individuare due tematiche fondamentali di livello assistenziale e di efficacia dimostrata per contrastare il rischio ICA, quali: l'igiene delle mani e le misure di prevenzione per ridurre la diffusione dei microrganismi multiresistenti. Al riguardo sono stati predisposti i materiali (slide e video) da utilizzare negli eventi formativi o da rendere disponibili sul sito Intranet aziendale.						

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni			Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.7.1.7		Percorso formativo sul rischio infettivo - infezioni correlate all'assistenza rivolto al personale neoassunto									 100%		
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			
Disponibilità del pacchetto formativo			SIT		Sì/No		Sì		Sì		100,00%			

Sub-Area piano delle azioni	7.8	<u>Sicurezza del lavoro</u>	 87%
------------------------------------	------------	------------------------------------	---

Settore	7.8.1	<u>Quadro generale</u>	 74%
----------------	--------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 2018 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			 100%
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								 100%
Miglioramento delle condizioni di lavoro, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i., attraverso l'elaborazione di documenti di valutazione del rischio mirati, con riferimento ai rischi di carattere generale di tipo trasversale ed ai rischi specifici presenti nell'attività lavorativa. Predisposizione di Piani di bonifica e loro verifica. Predisposizione e/o Aggiornamento Documento di Valutazione del Rischio - Schede di struttura - ed azioni conseguenti. Analisi del fenomeno infortunistico e studio dei determinanti che li hanno causati. Documento di valutazione del Rischio da esposizione ad Agenti Biologici: verifica relativa all'applicazione delle Procedure di sicurezza ed eventuale revisione/aggiornamento, incontri con i coordinatori. Analisi infortuni a rischio biologico e formazione degli operatori, in collaborazione con i S.I.T. az.li. Collaborazione con il C.I.O. per il contrasto ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Rispetto al Documento di Valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose - agenti chimici: verifica dei prodotti in uso e aggiornamento delle Schede di sicurezza. Aggiornamento del Documento Aziendale che identifica i DPI - Dispositivi di Protezione Individuali e diffusione fra gli operatori aziendali.				1° SEMESTRE: Predisposti DVR e Schede di Struttura per le sedi individuate negli incontri art. 35 DLgs 81/2008 con I Direttori di Distretto-Ospedale e Seede Centrale e distribuiti. Predisposta la statistica infortuni totali e a rischio biologico anno 2017, distribuita ai Direttori sopraindicati.. 2° SEMESTRE. Completato DVR chimico ma non per tutte le sedi , in quanto non pervenute tutte le schede di sicurezza delle sostanze richieste ai Coordinatori. Concluso Documento aziendale di identificazione dei DPI						
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
Azioni di miglioramento eseguite.		atti del SPPA		Si/No		Si		Si		100,00%
Relazioni effettuate		atti delle articolazioni aziendali coinvolte.		Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.2	Gestione Emergenze							
Descrizione			Rendicontazione						
Prosegue la predisposizione e/o l'aggiornamento dei Piani di Emergenza per le sedi aziendali. Prosegue l'organizzazione e conduzione di simulazione di emergenza nelle sedi aziendali, in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche e le Direzioni dei Distretti e del Presidio Ospedaliero Az.le. 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. Collaborazione con il SAT per elaborazione Valutazione del rischio sismico (rif. elementi non strutturali).			Eseguito aggiornamento Piani di Emergenza e predisposizione Piani Emergenza per le nuove sedi, richiesti e concordati con le singole articolazioni aziendali: DISTRIBUITI. Effettuate le simulazioni di emergenza prevsite nel secondo semestre 2018. Effettuati i i Corso di formazione /addestramento del secondo semestre 2018. Non effettuata la valutazioni del rischio sismico relative agli elementi non strutturali per le sedi non ancora oggetto di valutazione specifica, in quanto sospeso INPUT da parte della Regione						
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
Numero di simulazioni effettuate		atti SPPA	Numero >=		90,00	50,00	90,00		100,00%
Numero Piani di emergenza predisposti		atti SPPA	Numero >=		90,00	50,00	90,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.3	Formazione (in materia di salute e sicurezza sul lavoro: D.L.vo 81/08)							
Descrizione			Rendicontazione						100%

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)							 100%
In Azienda prosegue l'attività di formazione di Dirigenti – Preposti – Lavoratori, così come previsto dal D.L.vo 81/08 e s.m.i. e dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011: organizzazione in collaborazione con AVEN e AOU di Parma. 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. 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).			Organizzata la formazione come da programma aziendale. I corsi di formazione si sono conclusi. Si precisa che i Corsi di formazione rispettivamente di 4 e 6 ore sono stati gestiti direttamente da AUSL di Parma.						
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 iniziative formative proposte	Anagrafica Aziendale		% >=		95,00%	50,00%	95,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.4	Benessere Organizzativo							 0%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.8.1.4	Benessere Organizzativo							 0%
Nell'ambito delle iniziative legate alla promozione del benessere organizzativo, si promuove il monitoraggio e l'analisi dei fattori di rischio - manifestazione e contrasto relativi all'anno 2017. Si avvia in tal modo il confronto interno fra partizioni organizzative aziendali, che porterà all'aggiornamento del Documento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato.			E' iniziata la raccolta dei dati e degli Indicatori aziendali per il confronto successivo che porterà all'elaborazione del Documento di Valutazione specifico. Si attende comunicazione del dato statistico per singola articolazione delle richieste straordinarie di visita medica al medico competente relative al 2017.						
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
Predisposizione Relazione e sua diffusione.	atti SPPA		Sì/No		Sì	No	No		0,00%

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							 70%
Descrizione In Area Vasta AVEN proseguono le procedure per la scelta ed acquisto di contenitori di piccole dimensioni pre-riempiti con formalina a ciclo chiuso per la conservazione di parti anatomiche per l'inoltro successivo al laboratorio di analisi. Diffusione nei Servizi interessati. Addestramento degli operatori all'utilizzo.			Rendicontazione Raccolti vari campioni di contenitori attualmente presenti sul mercato; è stata bandita la Gara in Area Vasta Aven ma L' AGGIUDICAZIONE SI E' CONCRETIZZATA nel 2019 e quindi i corsi di formazione con Coordinatori SIT e rappresentanti delle Imprese Aggudicatarie si svolgeranno nel 2019.						
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
Diffusione dell'utilizzo	atti SPPA		% >=		100,00%	70,00%	70,00%		70,00%

Settore	7.8.2	<u>Igiene del lavoro-sorveglianza sanitaria</u>	 99%
----------------	--------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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- A			 98%
Descrizione			Rendicontazione		
Prosecuzione dello screening tubercolare per la ricerca e follow-up degli operatori con ITBL operanti in aree a rischio, (Classe C e seguenti del Documento di Valutazione del rischio TBC 2016-2017) in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro, per la propria salute e per i terzi assistiti. Completamento dello screening immunologico degli operatori relativamente alle malattie trasmissibili per via aerea, in particolare varicella e morbillo, secondo PRP 2016-2018 recepito nel piano locale in tutti i distretti e Ospedale di Vaio e Borgotaro in aree a rischio per la propria salute e per i terzi assistiti			Proseguito lo screening tubercolare con test Mantoux o Quantiferon in tutti i reparti a rischio ma anche nei servizi classificati a basso rischio dal Documento di Valutazione DLgs 81/2008. Proseguito lo screening lo screening per varicella e morbillo, rosolia e parotite sulle visite di assunzione e periodiche con un livello di copertura, almeno nei reparti a rischio indicati dalla RER, di 95%		
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	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione			
Obiettivo	7.8.2.1	Gestione del rischio- A							
		 98%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Articolazioni aziendali dotate di Resoconto screening tubercolinici nei reparti classificati a rischio dal Documento di Valutazione aziendale/totale.		medico competente	% >=	50,00%	100,00%	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Articolazioni aziendali con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo degli operatori a rischio o a rischio verso terzi/totale delle articolazioni aziendali da dotare con Resoconto dello screening immunologico per varicella-morbillo		medico competente	% >=	70,00%	100,00%	85,00%	95,00%	100,00%	95,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	7.8.2.2	Gestione del rischio -B			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Contenimento del rischio biologico da HBV HCV HIV in caso di infortunio percutaneo e congiuntivale del personale e dei costi della terapia profilattica attraverso la determinazione in tempi rapidi (entro 4-6 ore) dello stato sierologico del soggetto "fonte" nelle articolazioni dell'AUSL di Parma servita dai Laboratori Aziendali e/o laboratori dell'AOU di Parma. Organizzazione di un servizio di pronta determinazione del test HIV presso il laboratorio di Vaio per il personale a più alta incidenza di infortunio del Carcere di Parma e Cure progressive di Langhirano, in caso di mancata disponibilità del Laboratorio AOU Parma.			E' stata inviata dalla Direzione Sanitaria una lettera di sollecito al Direttore Sanitario dell' AOU di Parma per l'attuazione del protocollo AUSL di gestione del rischio infortunistico percutaneo anche nel Pronto Soccorso di Parma		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo	D.L.vo 81/08 e s.m.i.	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.8.2.2	Gestione del rischio -B								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Evidenza del Protocollo di intesa aziendale con i laboratori dei P.O. per rispetto tempistiche sopraindicate		Atti Direzione aziendale	Sì/No		Sì	Sì			100,00%	
Evidenza del Protocollo di intesa aziendale con il laboratori dell' Azienda OU di Parma per rispetto tempistiche sopraindicate		Atti Direzione aziendale	Sì/No	Sì	Sì	Sì		100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica				
Obiettivo	7.8.2.3	Formazione		 100%						
Descrizione				Rendicontazione						
Alla luce di una adeguata copertura vaccinale sulle malattie esantematiche ed epatite B, sarà prevista una estensione della formazione per la vaccinazione da meningococco quadrivalente e gruppo B ed influenza, mirata soprattutto ai reparti di Pronto Soccorso, Neurologia, Pediatria ospedaliera, Anestesia-Rianimazione, MET-118, Ginecologia-salute donna, Laboratori, ai sensi del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2017				Effettuata la campagna di vaccinazione antimeningococcica quadrivalente nei reparti ad alto rischio (PS, MET, Medicina, Cure Oncologiche) offerta dall' AUSL di Parma, con buona adesione e utilizzo di tutti i vaccini messi a disposizione dalla Farmacia Aziendale. Effettuati nel 2018 due corsi di formazione a Vaio e a Parma sulle vaccinazioni.						
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		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.8.2.4	Promozione salute degli operatori nei luoghi di lavoro							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Predisposizione di un progetto finalizzato alla promozione della salute degli operatori nei luoghi di lavoro			Effettuato il corso di formazione sull Vaccinazione Antinfluenzale per Azienda USL e AOU Parma previsto per il giorno 13 novembre presso Aula Congressi.						
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 fattibilità		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	7.8.2.5	DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							 99%
Descrizione			Rendicontazione						
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. - Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.			Effettuati i 2 corsi di formazione del personale sulle malattie infettive e vaccinazioni accreditati ECM il 18/09/2018 a Vaio e il 18/10/2018 a Parma. Docenti i Servizi di Igiene Pubblica, un Infettivologo, i medici competenti, un rappresentante della Glaxo. Effettuato corso di formazione sulla Vaccinazione Antinfluenzale. La vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari AUSL di Parma ha raggiunto il 32,8%, come da rendicontazione definitiva della Regione Emilia-Romagna ad agosto 2018						
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	7.8.2.5	DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie								 99%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
realizzazione di 1 modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari		specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%		32,80%		96,00%	
Aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio TBC, varicella, morbillo, rosolia, parotite e atti vaccinali conseguenti (vedi OBTV 1)		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	7.8.2.6	DGR 830/17 - Programma di promozione della salute								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Realizzazione di interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).			Attuato l'incontro del 21/09/2018, presente il Responsabile del Dipartimento Logistica, l' RSPP, un medico del SIAN, con le Coop della ristorazione collettiva AUSL (CAMST, Elior) e con il gestore dei distributori automatici (Parma Vending) per rivedere la tipologia di alimenti offerti al personale AUSL ed i codici colori indicatori degli alimenti più sani, redatto verbale. Contestualmente verrà organizzato nel primo semestre 2019 almeno un corso di formazione sulla corretta alimentazione con prove anche pratiche di preparazione di piatti inquadrabili nella dieta mediterranea							
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
Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale.		specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Settore	7.8.3	DGR 919 - Linee di Programmazione RER				</
---------	-------	---------------------------------------	--	--	--	---

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 919 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie			 87%
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino. Realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale. Raccolta sistematica segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale. (DGR 919/18 pag. 42 di 106)		E' stato adottato integralmente il protocollo regionale di vaccinazione per il personale sanitario che prevede la regolarizzazione immediata all'atto dell'assunzione dei nuovi inserimenti ed il completamento dello screening immunitario, per varicella e morbillo, in fase molto avanzata, e per parotite e rosolia ancora al di sotto del 95% dello screening . In ogni caso nel corso del 2018 non ci sono stati casi di infezione tra gli operatori sanitari. Tutti gli operatori adibiti a reparti ad alto rischio sono visitati con cadenza in media biennale ed hanno ormai completato lo screening sierologico per le malattie infettive con relativa offerta vaccinale attiva la cui adesione risulta necessaria al fine del mantenimento dell'idoneità alla mansione . Resta comunque una quota di operatori che per esigenze organizzative (attività dipartimentale e non più di reparto, ferie e malattie) possono essere mobilitati per brevi periodi e pertanto non inviati al medico competente per il parere sul cambio di mansione. Sono stati organizzati 2 corsi di formazione del personale sulle malattie infettive e vaccinazioni accreditati ECM il 18/09/2018 a Vaio e il 18/10/2018 a Parma. Docenti i Servizi di Igiene Pubblica, un Infettivologo, i medici competenti. Il 13 novembre è stato organizzato un seminario sulla vaccinazione antinfluenzale rivolto agli operatori delle due aziende sanitarie . Il 21/09/2018, presente il Responsabile del Dipartimento Logistica, l' RSPP, un medico del SIAN, è stato programmato un incontro con le Coop della ristorazione collettiva AUSL (CAMST, Elinor) e con il gestore dei distributori automatici (Parma Vending) per rivedere la tipologia di alimenti offerti al personale AUSL ed i codici colori indicatori degli alimenti più sani. Contestualmente verrà organizzato nel primo trimestre 2019 una serie di corsi di formazione sulla corretta alimentazione con prove anche pratiche di preparazione di piatti inquadabili nella dieta mediterranea. Relativamente ai lavoratori visitati nel corso dell'anno dai medici competenti è stata garantita, per una quota di questi, la compilazione del questionario regionale informatizzato sugli stili di vita. Il SPPA raccoglie i dati relativi alle molestie ed aggressioni sia fisiche che verbali a danno di tutti gli operatori; i dati sono successivamente elaborati nella statistica annuale degli infortuni, che viene distribuita agli interlocutori aziendali. Sono organizzati incontri con gli operatori per definire azioni di miglioramento rispetto ad organizzazione del lavoro; nel corso del I°Semestre 2018 sono stati organizzati incontri: presso la Direzione DAISM-DP e Residenza Psichiatrica Santi.			
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	7.8.3.1	DGR 919 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie								 87%
Indicatore		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%		33,00%		97,00%	
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%		100,00%	
% schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		2,50%		50,00%	
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	Sì	Sì		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	7.9	<u>Politiche degli acquisti e logistica</u>	 61%
------------------------------------	------------	--	--

Settore	7.9.1	<u>Obiettivi 2018</u>	 55%
----------------	--------------	------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Nel corso dell'ultimo triennio la Regione, tenendo conto delle indicazioni emerse dalle diverse Aree Vaste, ha predisposto uno strumento di programmazione unico triennale per gli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario (il cosiddetto Masterplan), prevedendo 2 revisioni annuali, nel corso dei mesi di aprile ed ottobre. A seguito di tale programmazione AVEN ha provveduto ad aggiornare i propri strumenti di programmazione, evidenziando precisi tempi di esecuzione delle procedure. Le diverse Aziende sanitarie sono chiamate a contribuire allo svolgimento della programmazione regionale e di Area Vasta, partecipando tramite propri dipendenti ai gruppi di lavoro per la formulazione dei progetti e alle Commissioni dai Gara per l'affidamento degli appalti. Le procedure non comprese in tali programmazioni dovranno essere ricomprese in uno strumento programmatico aziendale, da formulare in coerenza con quelli di livello sovraziendale, specificando tempi e modalità di esecuzione.

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

1) il 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, è stata comunque adottata la programmazione triennale per il biennio 2017 - 2019, riservandosi di apportare le necessarie modifiche alla luce delle indicazioni che saranno contenute nella stesso. In ogni caso è stata effettuata una razionalizzazione delle acquisizioni dei software, con il coordinamento relativo all'inventario di tali beni. Nel 2018 tale sistema verrà messo a regime, cercando di standardizzarlo con quello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

2) nel corso del 2018, 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 2018.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.1.1	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE ANNUALE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

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							 100%
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, delle disposizioni connesse all'Acquisizione di Beni e Servizi sotto soglia comunitaria, approvato con Delibera n. 481 del 01/08/2017, nonché delle disposizioni contenute nelle ultime Leggi di stabilità (con particolare riferimento a quelle contenute nella LEGGE 28/12/2015, n. 208 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, pubblicata sulla GU n. 302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70). La programmazione aziendale dovrà prevedere specifiche tempistiche per quanto riguarda le seguenti fasi: elaborazione dei documenti progettuali; adozione degli atti di indizione delle gare; aggiudicazione/ affidamento diretto degli appalti; sottoscrizione dei contratti.			L'attività di collaborazione con Intercent-er e Aven è stata costante, sia in termini di partecipazione a commissioni regionali che per elaborazione di procedure di gara. E' stato inoltre predisposto atto di programmazione annuale riportante la programmazione delle attività residue a livello aziendale, quali, ricevimenti, proroghe, rinnovi.						
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
N. procedure effettuate/N. procedure programmate (tenuto conto delle attività di propria competenza)	Registro delibere, Registro determine, Repertorio contratti		% >=	40,00%	80,00%	50,00%	80,00%	100,00%	100,00%
Approvazione Programmazione annuale aziendale per l'acquisto di beni e servizi	Registro delibere aziendali		Sì/No	Sì	Sì	Sì	Sì	100,00%	100,00%

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							 20%
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			 20%
Nel corso del 2018, alla luce del Piano Operativo AGID, dovrà essere rivisto il Piano Triennale 2017 - 2019 relativo alle acquisizioni di strumentazioni informatiche, sia con riferimento al software che all'hardware: in tale occasione dovranno essere forniti gli strumenti giuridici per l'acquisizione dei beni necessari per l'applicazione dello stesso: il Servizio Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici, il Servizio Acquisizione Beni ed il Servizio Esecuzione Contratti dovranno collaborare con il Servizio Informatico competente. 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.		Nelle more del Piano Operativo AGID, è stato approvato apposito atto deliberativo di programmazione acquisti informatici per l'anno 2018 in attesa e dell'attuazione della programmazione da parte dei soggetti aggregatori.			
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							 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
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	100,00%	100,00%
Predisposizione della Rendicontazione per la verifica dell'attuazione del Piano Triennale 2017 – 2019, con riferimento all'anno 2017.		Atti Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici	Sì/No	No	Sì	No		100,00%	0,00%
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		100,00%	0,00%
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				0,00%
Avvio e configurazione SW gestionale per gestione autoparco (configurazione utenti, configurazione flotta, definizione reportistica base)		Relazione Mobility Manager	Sì/No	No	Sì	No		100,00%	0,00%

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							 0%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 deve essere data attuazione completa alle Procedure previste nel PACS relativamente al ciclo passivo degli acquisti: dovranno essere adottati tutti gli strumenti operativi per la gestione completa del processo, dalla fase di programmazione a quella di liquidazione e rendicontazione della spesa, compresi i controllo quantitativi e qualitativi.			Sono in fase di revisione le procedure aziendali connesse al ciclo passivo, alla luce della progressiva integrazione dei Servizi Interaziendali, al fine di ottimizzare i percorsi e le risorse assegnate. E' stato avviato il processo di aggiornamento delle procedure, processo che verrà concluso nel 2019 in coerenza con l'assetto definito nel regolamento organizzativo del Dipartimento						

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							 0%
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					
Indicatore		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 degli strumenti operativi per la gestione completa del processo, secondo le disposizioni contenute nelle Procedure relative al ciclo passivo degli acquisti		Atti dei Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica	Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	0,00%

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							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipazione ai lavori della Centrale di Committenza Regionale Intercent-ER ed al Dipartimento Interaziendale di Area Vasta (AVEN) per l'acquisizione di beni e servizi, sia con riferimento all'attività di progettazione, che alle commissioni di gara per la valutazione delle offerte da parte delle diverse ditte partecipanti alle gare bandita dalla Centrale stessa.			La partecipazione ai gruppi di lavoro ed alle commissioni intercent-er è sepre stata garantita e assidua.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

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

Settore	7.9.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 67%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Nel 2017 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. (DGR 919/18 pag. 83 di 106)				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 919 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi							
Descrizione			Rendicontazione						
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale			Si è consolidato il processo di integrazione della programmazione regionale con quella delle aree vaste. Con delibera n. 347 del 29/05/2018 è stato approvato l'aggiornamento del masterplan per il periodo 2018/2020 nel quale sono state evidenziate tutte le procedure programmate per l'anno 2018 nei tre livelli di espletamento, aziendale, di area vasta e aziendale. I dati relativi agli indicatori son in elaborazione da avvenire						
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 (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria		Specifico flusso di riferimento	% >=		82,00%				0,00%
Importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e gas stipulati nel 2016 tramite Intercenter-ER(calcolato del totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie)		Specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%				0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.2.2	DGR 919 - Sviluppo dell'e-procurement	 100%						
Descrizione			Rendicontazione						
Tutti gli strumenti di innovazione delle acquisizioni di beni e servizi previsti dalla legge regionale n. 17/2014 sono stati implementati e il loro utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie è entrato a regime. Su tale fronte occorre ora capitalizzare al massimo le efficienze conseguibili, sfruttando al meglio gli strumenti implementati e coinvolgendo un numero sempre maggiore di imprese.			E' stato notevolmente incrementato l'utilizzo della piattaforma SATER e questo ha comportato l'invito a tutte le ditte non ancora iscritte ad operarsi in tal senso.						
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
Utilizzo piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.2.3	DGR 919 - Dematerializzazione del processo di ciclo passivo			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
(DGR 919/18 pag. 84 di 106)Anche sul fronte del ciclo passivo nel 2017 si è registrato un deciso incremento del 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.			La percentuale degli ordini inviati tramite NoTI-er sta notevolmete incrementando in considerazione dell'ampliamento del numero dei fornitori coinvolti. E' stato molto elevato il numero di procedure d'acqusito svolte dal Dipartiento sotto soglia svolte telematicamente tramite il sito regionale SATER.		
Obiettivi Performance			Riferimento		
			Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance		4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.9.2.3	DGR 919 - Dematerializzazione del processo di ciclo passivo								
										100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Num. Di indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)		Specifico flusso di riferimento	Numero >=		30,00	60,00	138,00		100,00%	
Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015(%contratti di beni e servizi stipulati)		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
Ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER		Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	65,00%	61,30%		100,00%	

Sub-Area piano delle azioni	7.10	<u>Il Piano degli Investimenti</u>	 89%
------------------------------------	-------------	---	--

Settore	7.10.1	<u>Gli investimenti strutturali e le attrezzature</u>	 79%
----------------	---------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Piano Triennale degli Investimenti 2018 – 2020: 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			 67%
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								 67%
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 (aggiudicazione entro il 2018) 3. Noceto – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara 4. Lubiana – San Lazzaro (PR) – Completamento procedure di gara ed inizio lavori 5. Via Verona (PR) – Completamento Progettazione esecutiva e avvio procedure di gara (compatibilmente con le indicazioni distrettuali) 6. Via Bocchi/Via Savani (PR) – Progettazione preliminare ed esecutiva ed esecuzione lavori (compatibilmente con le indicazioni distrettuali)			Relativamente agli interventi compresi nell'obiettivo in esame, si segnala che: 1. Borgo Val di Taro: la progettazione è stata avviata ed i lavori verranno eseguiti dopo la conclusione degli interventi di miglioramento sismico del Corpo Storico, destinato ad ospitare la Casa della Salute; 2. Fornovo Taro: è stata completata la progettazione esecutiva,che è stata approvata dal Gruppo Tecnico Regionale; 3. Noceto: la progettazione dell'intervento è stata completata; 4. Lubiana - San Lazzaro: la procedura d'appalto è stata aggiudicata ed i lavori sono in corso; 5. Via Verona: la progettazione è sospesa in attesa di indicazioni dalla Direzione del Distretto di Parma; 6. Via Bocchi/Via Savani: la progettazione dell'intervento è stata avviata e verrà conclusa nei primi mesi del 2019							
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	
Evidenza documentale		Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	Numero >=	1,00	6,00	2,00	4,00	100,00%	67,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.2	Progettazione adeguamenti alla normativa antisismica								 50%
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			 50%

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).
 Valutazione degli effetti strutturali derivanti dagli interventi di ristrutturazione previsti sul Punto di Primo Intervento Ospedaliero e sul 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.

Con riferimento agli interventi di adeguamento alla normativa antisismica, si segnala che:

1. è conclusa la progettazione esecutiva degli interventi da eseguire sul Corpo B dell'Ospedale di San Secondo e si è in attesa dell'autorizzazione sismica;
2. è conclusa la progettazione esecutiva degli interventi relativi al Dipartimento di Sanità Pubblica e si è in attesa dell'autorizzazione sismica;
3. è conclusa la progettazione esecutiva degli interventi relativi alla Casa della Salute di Noceto. La Struttura Tecnica competente ha ritenuto che la pratica antisismica debba essere effettuata in deposito anziché in autorizzazione.
4. è stata conclusa la progettazione esecutiva degli interventi relativi al Punto di Primo Intervento. E stata affidata la progettazione esecutiva degli interventi relativi al Corpo 6 dell'ospedale di Borgotaro. La progettazione dei lavori previsti sul Comparto Operatorio di Borgotaro ed al Corpo 3 dell'Ospedale di Borgotaro verrà ultimata nel corso del 2019
 Nel corso del 2019 si procederà ad affidare gli incarichi per la progettazione esecutiva del Corpo A di San Secondo e dei Corpi 4 e 5 dell'Ospedale di Borgotaro.

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	3,00	3,00	100,00%	100,00%
Incarichi di progettazione interna - Evidenza documentale		Elaborati progettuali	Sì/No	No	Sì	No	No	100,00%	0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.1.3	Ampliamento Ospedale di Vaio			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.3	Ampliamento Ospedale di Vaio								
			100%							
Prosecuzione 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 proseguono con regolarità a cura del nuovo soggetto esecutore - Edificanda Srl - e nel rispetto del cronoprogramma contrattuale. La loro ultimazione è prevista per i primi mesi del 2019. I lavori contabilizzati a tutto il 31 dicembre 2018 ammontano ad Euro 3.127.390,65 (IVA esclusa)							
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		Verbali e atti contabili ex D.Lgs 163/2006 - Direzione Aziendale	Euro >=	1.500.000,00	3.000.000,00	1.562.440,75	3.440.129,72	100,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.1.4	Adeguamenti antincendio strutture poliambulatoriali	 25%		
Descrizione			Rendicontazione		
Progettazione mediante risorse interne 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 2017, durante l'anno 2018 si provvederà a: 1. Avviare la progettazione degli interventi necessari presso la Casa della Salute di Colorno 2. Completare la progettazione 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 4. Completare la progettazione degli interventi necessari presso la Casa della Salute Pintor Molinetto (PR)			Nel corso del primo semestre 2018 si è provveduto a: 1. Avviare la progettazione degli interventi di adeguamento della Casa della Salute di Colorno; 2. Completare la progettazione degli interventi di adeguamento della Casa della Salute di Traversetolo e si è in attesa dell'autorizzazione sismica; 3. Proseguire con la progettazione degli interventi di adeguamento della Casa della Salute Pintor Molinetto. Non è stato possibile, in attesa delle indicazioni distrettuali sull'effettivo utilizzo dell'edificio di Via Verona, avviare la progettazione dei relativi interventi di adeguamento antincendio e,inoltre, è stata sospesa l'analisi degli interventi da eseguire presso il Polo di Via Da Vinci a seguito della chiusura della struttura medesima. La progettazione riprenderà quando perverranno dal Comune gli esiti delle verifiche statiche e funzionali dell'edificio.		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.4	Adegamenti antincendio strutture poliambulatoriali							 25%
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo	DM 19/03/2015					
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
Esecuzione progettazione		Ricevuta Deposito Elaborati progettuali al Comando VV.F	Numero >=	1,00	4,00	1,00		100,00%	25,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.5	Piano Investimenti - progettazione							 100%
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 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 2018 sono relativi a: - Riqualificazione Punto Primo Intervento Ospedaliero di Borgotaro - Riqualificazione Comparto Operatorio di Borgotaro - Miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro - Ampliamento del Centro per la Formazione, la salute e il Benessere di Vigheffio - Casa della Salute di Fornovo - Nuova Palazzina 4			Nel corso del 2018 ai è provveduto a: 1. completare la progettazione esecutiva dei lavori di riqualificazione del PPIO di Borgotaro; 2. completare la progettazione preliminare dei lavori di riqualificazione del Comparto Operatorio di Borgotaro; 3. completare la progettazione esecutiva del Centro per la Formazione, la salute e il benessere di Vigheffio; 4. avviare la progettazione preliminare della Casa della Salute di Noceto. Nel corso del 2018 si è proceduto a sviluppare la progettazione esecutiva del PPIO e del CCOO di Borgotaro e della Casa della Salute di Noceto, a completare la progettazione esecutiva del nuovo Centro di Vigheffio. Relativamente agli interventi di miglioramento dell'accessibilità all'Ospedale di Borgotaro, sono in corso alcuni approfondimenti di concerto tra la Direzione Generale ed il Comune di Borgotaro						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.5	Piano Investimenti - progettazione								 100%
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%	30,00%	80,00%	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.6	Piano Investimenti - realizzazione								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
L'elenco annuale degli interventi previsti per l'anno 2018 dal Piano Triennale 2018/2020 (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..)			Durante il 2018 sono stati affidati e realizzati interventi di straordinaria manutenzione e riqualificazione funzionale interna a diverse strutture aziendali per complessivi Euro 1.125.737,60. Tali interventi sono stati realizzati sia a seguito di anomalie riscontrate dal Servizio Tecnico, sia a seguito di specifiche richieste provenienti dalle attività sanitarie al fine di migliorare il servizio offerto.							
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	334.971,60	1.125.737,60	96,00%	100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.7	DGR 830/17 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2018 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono: - Ottenere l'ammissione a finanziamento degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016; - Avviare la predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). 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.			Premesso che quest'Azienda non è assegnataria di finanziamenti nell'ambito del Programma di adeguamento alla normativa antincendio, si segnala che l'intervento AP11, unico intervento dell'AUSL Parma previsto dall'Accordo di Programma "Addendum", è in fase di esecuzione. Si è provveduto nel corso del 2018 ad inviare le richieste di liquidazione relative all'intervento H08 - Polo Pediatrico territoriale e si procederà, nel corso del 2019, all'invio delle richieste di liquidazione relative all'intervento AP11 - Ampliamento Ospedale di Vaio						
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
Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione del finanziamento	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art. 20 L.67/88)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (rispetto a totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati)	specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%		75,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.1.8	DGR 830/17 - Gestione del Patrimonio immobiliare							 67%
Descrizione			Rendicontazione						
Prevenzione incendi: progrmmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico secondo la normativa prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015) Prevenzione sismica: mantenimento azioni (DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico.			Sono in corso, nel rispetto delle scadenze fissate dalla vigente normativa in materia di prevenzione incendi, gli interventi di adeguamento delle strutture ambulatoriali previste dal DM 15 marzo 2015. Nel contempo vengono assicurate le azioni di rinnovo dei CPI già rilasciati relativamente alle attività soggette. Sono in corso le attività di progettazione dei lavori di miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro e sono stati assegnati gli incarichi per le restanti strutture previste dal piano aziendale di prevenzione sismica. Vengono assicurati gli aggiornamenti previsti dal monitoraggio regionale mediante gli sharepoint antincendio e antisismica						
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
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale - prevenzione incendi)	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale - prevenzione incendi)	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale - prevenzione sismica)	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		No		0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.1.9	DGR 830/17 - Manutenzione								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria secondo la consueta metodologia; le Aziende dovranno adottare azioni allineare il costo (€/mq) della manutenzione ordinaria alla media regionale nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Si utilizzerà il sistema previsto da AGENAS nell'ambito del progetto nazionale di “Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN” relativo al rilievo dei costi della manutenzione ordinaria e dei consumi energetici.			Il costo medio sostenuto per la manutenzione ordinaria, inferiore alla media regionale nel corso del 2017, è stato mantenuto senza sostanziali variazioni durante il 2018. Sono stati inseriti sul portale AGENAS, secondo le scadenze regionali previste per il 2018, i dati relativi alle strutture Ospedaliere aziendali							
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	
Predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Settore	7.10.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Nel corso del 2018 le Aziende sanitarie al fine di rispettare la 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) e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), dovranno: - Avviare la predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum (ex art.20 L.67/88) sottoscritto il 2 novembre 2016; - Entro 18 mesi dal Decreto di ammissione a finanziamento più eventuali ulteriori 18 mesi di proroga a seguito di richiesta motivata, procedere all'aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" e nel Programma Prevenzione Incendi. Le Aziende sanitarie inoltre dovranno adoperarsi per presentare, nel corso del 2018, le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 919 - Gli Investimenti	 100%		
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)			Gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità sono relativi al miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (progettazione conclusa), riqualificazione funzionale del PPIO (progettazione conclusa) e del Comparto Operatorio di Borgotaro (in progettazione), alla costruzione del nuovo Centro per la salute, la formazione e l'inclusione sociale di Vigheffio (progettazione conclusa), alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (in affidamento), alla costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento M02 in esecuzione) ed alla costruzione del nuovo Polo Pediatrico Territoriale e della nuova ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio (in esecuzione). Relativamente agli interventi in progettazione, gli stessi sono stati sottoposti all'esame del Gruppo Tecnico Regionale entro le scadenze fissate dalla L.2606/2005 e dalla DGR 708/2015, mentre per la costruzione della Casa della Salute di Fornovo sono in corso le procedure di affidamento. L'intervento M02 è stato aggiudicato entro le medesime scadenze e sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative al nuovo Polo Pediatrico Territoriale. Si provvederà, nel 2019, ad inviare le richieste di liquidazione relative alla costruzione dell'ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio.		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 919 - Gli Investimenti							 100%
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
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%		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%		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%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 919 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica							 100%
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			Sono in corso, nel rispetto delle scadenze fissate dalla vigente normativa in materia di prevenzione incendi, gli interventi di adeguamento delle strutture ambulatoriali previste dal DM 15 marzo 2015. Nel contempo vengono assicurate le azioni di rinnovo dei CPI già rilasciati relativamente alle attività soggette. Sono state concluse le attività di progettazione dei lavori di miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro e sono stati assegnati gli incarichi per le restanti strutture previste dal piano aziendale di prevenzione sismica. Vengono assicurati gli aggiornamenti previsti dal monitoraggio regionale mediante gli sharepoint antincendio e antisismica						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 919 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica								 100%
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 regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie		Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica		Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.3	DGR 919 - Manutenzione								
			100%							
Descrizione			Rendicontazione							
Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS			Sono stati inseriti sul portale AGENAS, secondo le scadenze regionali, i dati relativi alle strutture Ospedaliere aziendali							
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%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.4	DGR 919 - Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Anagrafe dei complessi Immobiliari (CI): Censimento complessi immobiliari, raccolta delle informazioni necessarie al collegamento di CI al sistema GAAC			Sono stati raccolti ed inseriti sul portale CI i dati relativi ai Complessi Immobiliari Aziendali, completi delle informazioni richieste al 31 dicembre per il collegamento al sistema GAAC						
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 dalla raccolta attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC)		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.5	DGR 919 - Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende Sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale							 100%
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 assicurata ai competenti servizi regionali la collaborazione tecnica ed amministrativa richiesta a tutto il 31/12/2018 per l'espletamento delle procedure per la costituzione del fondo immobiliare						
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
Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	7.11	Azioni per il risparmio energetico	 80%
------------------------------------	-------------	---	--

Settore	7.11.1	Quadro generale	 60%
----------------	---------------	------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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							 0%
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)			E' in corso la progettazione preliminare degli interventi, che potrà essere completata solo successivamente all'avvenuta approvazione (autorizzazione sismica) degli interventi di miglioramento sismico della copertura della Casa della Salute.						
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	No	No	100,00%	0,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.2	Realizzazione interventi Borgotaro							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Interventi mirati al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di energie da fonti rinnovabili presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro: completamento della progettazione e avvio realizzazione di interventi per l'utilizzo di fonti alternative di energia.			Si è proceduto ad effettuare nuove regolazioni e tarature degli impianti a servizio dell'Ospedale di Borgotaro al fine di ridurre i relativi consumi energetici						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.1.3	Realizzazione interventi in Gestione Calore							 100%
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 completati con l'installazione di gruppi frigoriferi ad alto rendimento presso il DUS e l'Ospedale di Borgotaro						
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	100,00%	100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.11.1.4	DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER							 0%	
Descrizione			Rendicontazione							
Adozione, in attuazione della pianificazione regionale, di misure volte all'uso razionale dell'energia, sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie), ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.			Vedi Ob. 7.11.2.1							
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	
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.11.1.5	Mobilità Sostenibile	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Sviluppo delle politiche aziendali e interaziendali per la mobilità sostenibile in accordo con la pianificazione regionale (PRP) e locale (Coordinamento Mobility Manager Comune di Parma), con particolare attenzione ai temi della gestione ambientale e della sicurezza sul lavoro. Definizione ed attuazione di interventi per la mobilità sostenibile con specifico riguardo all'incentivazione dell'uso dei mezzi pubblici per i tragitti casa-lavoro , all'uso della bicicletta e alla progettazione e realizzazione di iniziative di formazione teorico-pratica rivolta ai dipendenti per la guida sicura e sostenibile			Le attività reltive al Mobility management sono proseguite secondo quanto previsto dal PSCL, in stretto coordinamento con il Comune di Parma; in particolare si segnalano due azioni: - sottoscrizione dell'accordo di Mobility Management tra Ausl e Comune (del. 373/2018 dell'1.6.2018) che delinea obiettivi e reciproci impegni nell'ambito delle politiche per la mobilità sostenibile; - presa d'atto del finanziamento ministeriale per azioni sulla mobilità sostenibile (del. 435/2018 del 21.06.18) e definizione del relativo piano progettuale inerente azioni formative (corsi guida sicura), agevolazioni per il TPL e azioni a supporto dell'uso della bicicletta per i tragitti casa-lavoro).		
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	7.11.1.5	Mobilità Sostenibile								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Predisposizione relazione attività svolte		Relazione mobility manager	Si/No		Si	Si			100,00%	
Eventi formativi		U.O. Formazione	Si/No		Si	Si			100,00%	

Settore	7.11.2	<u>DGR 919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.11.2.1	DGR 919/18 - Uso razionale dell'energia e gestione ambientale							
									100%
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 mobilità sostenibile.(DGR 919/18 pag.97 di 106)			Tutte le progettazioni sviluppate nel corso del 2018 hanno tenuto conto della necessità di adottare misure volte all'uso razionale dell'energia ed all'impiego di fonti alternative di energia. E' stato assicurato il monitoraggio dei consumi energetici delle strutture aziendali mediante gli appositi sistemi regionali di rilevazione.						
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
Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-Area piano delle azioni	7.12	<u>Ingegneria Clinica</u>	 100%
------------------------------------	-------------	----------------------------------	--

Settore	7.12.1	<u>Quadro generale</u>	 100%
----------------	---------------	-------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

A seguito del processo di integrazione aziendale, il Servizio di Ingegneria proseguirà nel percorso di unificazione delle procedure di gestione delle tecnologie aziendali, sia in tema di programmazione e gestione delle acquisizioni che in tema di gestione dei processi manutentivi. Scopo primario è perseguire i margini di miglioramento gestionale legati alla ristrutturazione dei processi interni. Fra gli obiettivi del servizio, la creazione di un sistema di reportistica dinamica per la gestione degli investimenti e di strumenti di analisi legati all'utilizzo delle tecnologie.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	7.12.1.1	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA			
Descrizione			Rendicontazione		
Nel corso del 2016 è stato messo a punto un nuovo sistema informatizzato regionale per la richiesta dei dispositivi medici (DM) da parte dei clinici delle Aziende sanitarie alle Commissioni DM locali. Il sistema prevede che, per la segnalazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale tra quelli richiesti dai clinici, le Commissioni locali debbano compilare una sezione apposita, elaborata dall'ASSR in collaborazione con decisori e clinici regionali, contenente gli elementi fondamentali da tenere in considerazione per la segnalazione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale. Le Aziende Sanitarie dovranno nel 2017 applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una valutazione secondo metodologia HTA.			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		

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	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a un'avalutazione secondo metodologia HTA		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.12.1.2	DGR 830/17 - Tecnologie biomediche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.12.1.2	DGR 830/17 - Tecnologie biomediche	 100%		
Le Aziende sanitarie devono garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) per istruttoria tecnico-scientifica le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti: - "grandi" apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi); - di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); - innovative (non presenti sul territorio regionale). Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative. Nel corso del 2018 dovrà essere installato il software CLINGO per la gestione delle attrezzature biomedicali, effettuando nel contempo anche la revisione del censimento dei beni presenti in Azienda, razionalizzando anche la classificazione degli stessi. Nel mese di febbraio dovrà essere gestito in modo razionale anche il passaggio di competenza per la gestione della manutenzione alla nuova Ditta aggiudicataria del relativo contratto.			Non sono state presentate istruttorie in quanto non sono state acquisite tecnologie rispondenti ai requisiti specificati. Durante il 2018 la base dati inventariale e gestionale relativa alle tecnologie biomediche è stata importata nel nuovo sistema a oggi utilizzato dal Servizio di Ingegneria Clinica. Si è conclusa la procedura di affidamento della revisione inventariale, anche se per alcune irregolarità di carattere amministrativo non è stato possibile renderla effettiva.		
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.12.1.2	DGR 830/17 - Tecnologie biomediche							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso informativo regionale(secondo scadenze prestabilite) relativo al parco tecnologico installato		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Aggiornamento (secondo scadenze prestabilite) del portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. (Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite)		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Installazione e messa a regime del nuovo software CLINGO		Atti del servizio Ingegneria Clinica	Si/No		Si	Si	Si		100,00%
Revisione inventario tecnologie biomediche		Atti del servizio Ingegneria Clinica	Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.12.1.3	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.12.1.3	Piano Investimenti - acquisizioni attrezzature							 100%	
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..).			Le attività previste per la realizzazione degli investimenti sono state gestite nel rispetto dei cronoprogrammi individuati e condivisi con la direzione strategica.							
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	
Acquisto apparecchiature biomedicali: evidenza documentale		Certificati di collaudo e atti di acquisizione	% >=	20,00%	80,00%	20,00%	80,00%	100,00%	100,00%	

Settore	7.12.2	<u>DGR919/18 - Linee di Programmazione RER</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018			Indicazione sintetica della situazione attuale	
Le Aziende sanitarie devono garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte per istruttoria tecnico-scientifica al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti: - “grandi” apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi); - di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); - innovative (non presenti sul territorio regionale). Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative. (DGR 919/18 pag.98 di 106)				

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti
Obiettivo	7.12.2.1	DGR919/18 - Tecnologie biomediche	 100%		
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			Nel corso del 2018 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto dal DGR 919/18 e il monitoraggio su modalità e tempi di utilizzo di TAC, RM e mammografi in uso. Non sono presenti al momento robot chirurgici.		
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.12.2.1	DGR919/18 - Tecnologie biomediche							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato - Secondo scadenze prestabilite		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie - Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	1.000,00%	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		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	DGR919/18 - Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	7.12.2.2	DGR919/18 - Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA							 100%
(DGR 919/18 pag.102 di 106) 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 inserita 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			Le richieste di acquisto di nuovi DM da sottoporre alla valutazione della commissione DM locale (NPV) vengono effettuate utilizzando il questionario redatto dall'ASSR e dalla CRDM al fine di identificare i DM eleggibili a valutazione HTA. A oggi 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						
Indicatore	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%	80,00%	80,00%		100,00%