2017

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

Relazione sulla Performance 2016

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2016, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2016-2018, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi.

Delibera n. 415 del 28/06/2017

28/06/2017

Sommario

1. Premessa 3
2. Executive summary 4
   Riordino dell' Assistenza Ospedaliera 4
   Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio 4
   Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero 5
   Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale 5
   Attività di prevenzione e promozione della salute 6
   Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero 6
   Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico 7
   Integrazione socio-sanitaria 8
   Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari 8
   Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi 9
   Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti 9
   Governo dei processi di acquisto di beni e servizi 10
   Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano 10
   Adempimenti nei flussi informativi 11
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance 12
   3.1. Dimensione di Performance dell'utente 12
   3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni 12
   3.1.2. Area dell'Integrazione 14
   3.1.3. Area degli Esiti 16
   3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni 17
   3.2.1. Area della Produzione 17
   3.2.2. Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico 21
   3.2.3. Area dell'Organizzazione 23
   3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza 25
   3.3. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo 26
   3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica 26
   3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo 27
   3.4. Dimensione di Performance della sostenibilità 28
   3.4.1. Area economico-finanziaria 28
   3.4.2. Area degli investimenti 29
4. Conclusioni 31
5. Allegati 34

1. Premessa

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

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

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

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

2. Executive summary

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2016 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2016-2018. Per un maggiore approfondimento è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione degli Obiettivi di Mandato per la verifica dei 18 mesi del Direttore Generale, inviata all'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna con nota prot. n. 66839 del 14/10/2016.

Riordino dell' Assistenza Ospedaliera

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

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

In merito al punto nascita, che ha n. di parti inferiori allo standard minimo, per completare le azioni di riordino della rete ospedaliera provinciale, l'Azienda USL di Parma resta in attesa delle risultanze dell'audit Regionale, affidato alla "Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica sul percorso nascita".
(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.1**)

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

Rispetto alle Case della Salute, l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 26 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel "*Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11. Le Case della Salute attive al 31/12/16 sono 17, che rappresentano la realizzazione del 66% della programmazione aziendale. L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali: Il PDTA del diabete (Gestione Integrata) è attivo in tutte le Case della Salute medie e grandi, il PDTA dello scompenso è attivo in 7 Case della Salute medie e grandi, il PDTA della BPCO (in attesa della formalizzazione del PDTA Regionale) è attivo in una Casa della Salute grande. Anche il Programma Leggieri è attivo in tutte le Case della Salute e sono state predisposte le azioni per l'attivazione del Progetto volto alla realizzazione dell'équipe di accoglienza presso le Case della Salute. Sono stati attivati anche gli ambulatori infermieristici, sia a carattere prestazionale che per la gestione della cronicità.
Rispetto alle Cure Intermedie, Cure Palliative e Cure Domiciliari: funzionano a pieno regime i 30 posti letto c/o la Casa della Salute di San Secondo ed i 18 posti letto attivati c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro, dove viene regolarmente implementato il flusso SIRCO; parimente si stanno sviluppando i posti letto di Cure Intermedie nelle Strutture Socio-Sanitarie a supporto delle dimissioni difficili e dell'ADI (6 posti letto attivi c/o la CRA di Colorno e 6 c/o la CRA di Collecchio. In adempimento alla DGR 560/15 si è completata la rete

delle Cure Palliative con attivazione degli ambulatori nei 4 Distretti Aziendali ed è stato identificato le specialista palliativista di riferimento per ognuno dei Distretti. Nelle Cure domiciliari l'attivazione del software ADI-WEB ha consentito una programmazione migliore delle attività e una flessibilità organizzativa nell'interscambio delle équipe.
Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e 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, lavorano sui seguenti temi :

- Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario;
- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio;
- 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.

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'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma); un case manager è presente anche presso la Casa delle Salute di San Secondo per il governo delle dimissioni protette dai moduli di cure intermedie.
(Riferimento **dimensione di performance dei processi interni – area della produzione**: obiettivo **2.1.2**)

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

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata). E' stato impostato un costante monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso strumenti informatici che consentono la valutazione quotidiana dell'andamento complessivo. Ai fini di garantire la piena applicazione della DGR 1056/15, è stata condotta un'ulteriore revisione dell'utilizzo delle strutture, delle tecnologie e dei piani di attività con incremento della capacità produttiva ed il sistema di garanzia è stato potenziato con il coinvolgimento sia delle strutture pubbliche che del privato accreditato.
Al fine di facilitare la diffusione e l'utilizzo del day service, sono state intraprese azioni di miglioramento per rendere più fruibile il sistema informativo; sono state svolte, altresì, tutte le azioni preliminari volte alla gestione dei pazienti oncologici ed alla somministrazione delle terapie chemioterapiche in regime di day service per i pazienti precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16).
Per quanto riguarda le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri, è stato predisposto un piano di adeguamento, inviato in Regione con nota protocollo n. 62136 del 26/09/16, al fine di consentire il raggiungimento degli standard fissati ed il miglioramento delle performance. Il piano si articola in differenti sezioni che interessano le varie fasi del percorso, dall'inserimento in lista d'attesa all'organizzazione dell'attività di sala operatoria (la riorganizzazione delle attività è incentrata soprattutto al rientro dei tempi di attesa per le protesi d'anca). E' in corso il processo di omogeneizzazione, tra gli ospedali aziendali, delle procedure che riguardano le funzioni di pre-ricovero, per favorire l'interscambiabilità tra le sedi migliorando i tempi di attesa.
(Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'accesso** : obiettivo **1.1.1**)

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

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

La rete per il contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli è stata significativamente sviluppata sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico) sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari). Presso il consultorio familiare ubicato presso la Casa della Salute "Parma Centro" è operativo il "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza", finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere ed intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.
Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " Inclusione Sociale-Budget di Salute". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle metodiche del Budget di Salute. La REMS di Casale di Mezzani e' diventata pienamente operativa secondo quanto disposto dalla legge 81/2014. L'apertura è stata preceduta da una fase molto importante di condivisione con il Comune di Mezzani e con le associazioni di volontariato, coinvolte nei progetti di riabilitazione degli ospiti. Rispetto all'OPG sono state innovate le procedure per la presa in carico dei pazienti, per la loro valutazione e, in collaborazione con i Servizi territoriali, per le progettualità in merito alla loro integrazione post dimissione. Il modello operativo è quello della recovery e per quanto possibile, della giustizia "riparativa".
Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, è stata raggiunta un' intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione, con Deliberazione n.907 del 23/12/2015 , fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, che ha contribuito a migliorare il sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio.
(Riferimento **dimensione di performance dell'utente – area dell'integrazione** : obiettivo **1.2.1**)

Attività di prevenzione e promozione della salute

Nell'anno 2016 la direzione del Dipartimento di Sanità Pubblica ha concluso l'attività propedeutica all'accreditamento DSP, completando il "Manuale per l'Accreditamento" e revisionando la documentazione inerente il Sistema Qualità. Ha, inoltre, recepito gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione adottato dalla Regione il 29/06/2015 (DGR 771/2015) declinando le azioni necessarie al perseguimento degli stessi in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali e garantendone la progressione nel rispetto della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2016 gli indicatori sentinella hanno evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messo in atto azioni comuni intradipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute.

Negli ultimi 4 mesi dell'anno 2016 il Servizio Igiene e Sanità Pubblica è stato impegnato nella gestione di un importante focolaio epidemico di legionella che ha interessato un'area residenziale circoscritta del quartiere Cittadella del Comune di Parma. E' stata costituita dalla Regione Emilia-Romagna una Unità di Crisi finalizzata all'efficace e tempestivo controllo del cluster Epidemico. I casi di legionella confermati riferiti al cluster sono stati 41 con 1 decesso. Le indagini ambientali hanno comportato l'effettuazione di n. 163 sopralluoghi e n. 309 campionamenti, sia presso le civili abitazioni dei soggetti colpiti che presso diverse tipologie di strutture presenti nell'area interessata.

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

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

L'Azienda ha aderito al programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo, che si basa sulla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal

Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel punto nascita di Fidenza continua l'offerta della parto-analgesia farmacologica oltre a quella non farmacologica. Entrambi gli Ospedali a gestione aziendale sono dotati di vasca per il parto in acqua ed attuano tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La parto analgesia a raggiunto volumi di attività considerevoli ed è offerta su entrambe le sedi ospedaliere, pur se erogata nel punto nascita dell'ospedale di Vaio.

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

Nel 2016 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata complessivamente di 46.392.849,50 € registrando una riduzione del 3,95% rispetto al 2015. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi sette anni è passata dai 169,89 del 2009 ai 105,09 del 2016. Il risultato 2016 è stato inferiore di 4,33 € al dato 2015 e di 8,20 € rispetto alla media regionale (pari a 113,29 €). Il risultato è stato ottenuto attraverso una sinergia di interventi che hanno avuto come obiettivo principale l'appropriatezza prescrittiva ed il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio costante delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime. Nel 2016 la spesa farmaceutica ospedaliera complessiva (ossigeno escluso) è stata pari a € 17.406.141 , con un aumento del 14,9% rispetto all' anno 2015 ; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci ex Osp2 è stata di € 9.574.282 , con un incremento del 24% rispetto all'anno precedente. Pertanto la spesa dei consumi interni ospedalieri (ossigeno escluso) è stata di € 7.831.859 , registrando un incremento rispetto all' anno precedente , pari al 5,4%. Si evidenzia che nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci Ex Osp2, l' elevato incremento riscontrato è dovuto in gran parte alla ulteriore presa in carico di pazienti afferenti ai Centri specialistici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma , in trattamento con farmaci ad alto costo.

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

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Le attività della rete per la gestione del rischio clinico, sia a livello intraospedaliero sia a livello territoriale/ambulatoriale sono da considerarsi a regime anche in termini di integrazione con le altre articolazioni e servizi coinvolti (Prevenzione e protezione aziendale – Rischio infettivo).In particolare:

- La procedura di gestione eventi avversi è stata diffusa in tutte le sedi aziendali e sia il sistema Incident reporting sia il flusso SIMES vengono popolati: per quanto riguarda gli eventi sentinella, la segnalazione di un evento sentinella da sistematicamente luogo alla tenuta di un SEA (Significant event audit) con progetto di miglioramento ove se ne delinei la necessità. Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della messa in atto delle raccomandazioni per evitare il verificarsi degli eventi sentinella è a regime su tutte gli Items e sono stati inviati a Regione (che li ha validati) e di conseguenza ad AGENAS i questionari/check list che hanno evidenziato una buona corrispondenza con i livelli di aggiornamento richiesti.
- La adesione alla CL di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali ancorchè non ancora completamente informatizzata.

- Nella versione rinnovata della procedura per la gestione clinica del farmaco, emessa recentemente, sono stati introdotti i contenuti delle raccomandazioni per la ricognizione e riconciliazione dei farmaci: l'argomento è stato già oggetto di un audit clinico presentato alla regione Emilia Romagna.
- Gli indicatori di attività per la gestione del rischio infettivo non ancora a completo regime mostrano elementi di miglioramento specialmente per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di controllo (SIChER); non ancora soddisfacente l'indicatore relativo al consumo di gel idroalcoolico.
- A regime il sistema informatizzato per la segnalazione delle infezioni Alert che funziona in costante integrazione con l'omologo sistema di AOSP.

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

Integrazione socio-sanitaria

Negli anni 2015- 2016 è stato rafforzato e sviluppato il ruolo del Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, che svolge, su mandato della CTSS, la funzione di Ufficio di supporto alla medesima ed è composto dai Direttori di Distretto, dai Responsabili degli Uffici di Piano e coordinato dalla Direzione delle Attività Socio Sanitarie Il Gruppo, che si è riunito con cadenza bimestrale, ha affrontato diverse problematiche in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS. In tale ambito, sono stati definiti gli indirizzi nel riparto del F.R.N.A. e nella sua programmazione e verifica. Sono stati condivisi i processi in atto, con particolare riferimento a:

- accreditamento attraverso l'elaborazione di un modello omogeneo di contratto di servizio, il monitoraggio dei medesimi e l'applicazione della DGR 273/2016, la definizione di linee omogenee per la gestione della morosità, la definizione della modalità di verifica dell'OTAP e il monitoraggio dell'attività;
- confronto sui criteri di accesso ai servizi presso le strutture per anziani e disabili, definizione di linee comuni;
- elaborazione di una bozza di regolamento delle Case famiglia da proporre ai Comuni per l'adozione di regolamenti comunali;
- elaborazione di linee d'intervento per la prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona;
- elaborazione di Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario, successivamente approvati dalla CTSS;
- definizione del percorso di attuazione del Protocollo Tutela minori;
- validazione, per l'area della disabilità, del documento "*Unità di Valutazione Multidimensionale e criteri di valutazione*";
- approvazione documento "*Linee guida aziendali inerenti all'area delle gravi disabilità acquisite*".

Inoltre, attraverso la presenza dei professionisti dell'Azienda, si è collaborato nell'ambito degli Uffici di Piano distrettuali per l'elaborazione e la realizzazione di progettazioni integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario, assicurando omogeneità di intervento nei diversi territori ed una sempre maggiore qualificazione dei servizi socio-sanitari.

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

Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari

Il percorso di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi si è sviluppato secondo la sequenza di seguito indicata:

- predisposizione del progetto preliminare di integrazione, conseguente illustrazione ai Collegi di Direzione e alle associazioni sindacali, invio in Regione nel mese di settembre 2015, formalizzazione del progetto preliminare nel mese di gennaio 2016;
- successivamente le due direzioni hanno lavorato congiuntamente per predisporre il progetto definitivo di integrazione, licenziato nel mese di giugno 2016, con illustrazione a tutti i dirigenti, ai Collegi di Direzione, alle associazioni sindacali, alla CTSS. Il progetto è stato formalizzato mediante l'adozione di speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016;

- l'avvio operativo è avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza.

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

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

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

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

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

Con riferimento alle strutture ospedaliere, le azioni intraprese possono essere riepilogate come segue:

- Avvio dei lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso e di costruzione della nuova ala in ampliamento all'Ospedale di Vaio in data 12/10/2015, che hanno consentito l'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso nel dicembre 2016. Sono previsti, altresì, diversi interventi tesi al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di fonti rinnovabili di energia (autoproduzione di energia elettrica mediante impianto di trigenerazione, produzione di acqua calda sanitaria mediante sonde geotermiche ed impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica). Sono nel contempo stati realizzati diversi interventi di efficientamento energetico sul complesso ospedaliero attraverso l'utilizzo di inverter, la sostituzione di corpi illuminanti con elementi al LED, la taratura degli impianti di climatizzazione e la razionalizzazione del sistema complessivo di regolazione degli impianti a servizio della struttura;
- Ospedale di Borgo Val di Taro: esecuzione nel periodo di riferimento di interventi di riqualificazione edile ed impiantistica di diverse Unità Operative, di consolidamento statico (Corpo Storico), di miglioramento sismico di diversi corpi di fabbrica, nonché di efficientamento energetico complessivo (sostituzione dei sistemi di produzione di acqua refrigerata a servizio dell'intero ospedale e dei corpi illuminanti interni con elementi al LED), rifacimento quasi totale dell'impianto idrico – sanitario, anche con miglioramento dei sistemi di coibentazione;

Case della Salute: è stata indetta la procedura aperta per la realizzazione della Casa della Salute Lubiana-San Lazzaro, la cui progettazione ha posto particolare attenzione agli aspetti di carattere energetico. Sono inoltre stati acquisiti i pareri favorevoli degli Enti preposti (VV.F., ARPAE, Servizio Tecnico di Bacino, Servizi di Prevenzione, ecc..) relativamente alle Case della Salute di Fornovo Taro e Noceto. Le Case della Salute già attive sono nel contempo state oggetto di interventi di miglioramento energetico

Nel 2016 è stata data attuazione al programma degli acquisti di tecnologie previsti nella programmazione triennale ed annuale, allegata ai bilanci di previsione relativi. E' in corso di effettuazione il monitoraggio della dislocazione e dell'uso delle apparecchiature aziendali, al fine della stesura di criteri condivisi con l'AOU di Parma.

Per quanto riguarda la razionalizzazione del restante patrimonio immobiliare, si evidenzia in particolare che il Polo Pediatrico è in fase di avanzata realizzazione, e che è stato attivato il magazzino economale provinciale mentre sono in fase di avanzata definizione le codifiche uniche dei prodotti che verranno gestiti all'interno dello stesso.

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

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

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

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

Governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano

Per l'anno 2016 il piano di assunzione è stato redatti in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione quantitativa che a quella qualitativa, in quanto nella sostanza anche per questi due esercizi il turn over a livello tecnico-amministrativo è stato azzerato; il piano è stato regolarmente approvato a livello regionale. E' continuato il percorso di progressiva stabilizzazione del personale precario, anche se la piena operatività delle nuove norme in tema di orario di lavoro (L. 161/2014) ha imposto nel corso del 2016 un maggior ricorso ai contratti libero professionali, al lavoro interinale e alle chiamate di dipendenti a tempo determinato, in quanto la consistenza storica delle risorse umane non avrebbe garantito i consueti livelli assistenziali e prestazionali, soprattutto in ambito ospedaliero.

L'azione aziendale tende a creare legami crescenti tra attività di Ricerca e Formazione e ricadute nell'ambito dell'attività assistenziale. In tale ottica nell'ambito della RICERCA è proseguita l'attività finalizzata ad utilizzare le banche dati per estrarre indicatori utili a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune classi di farmaci (in particolare nei confronti delle categorie maggiormente a rischio – anziani), la stratificazione della popolazione per definire i livelli di rischio di ospedalizzazione nei soggetti cronici assistiti dalle Case della Salute, formando quindi i professionisti dipendenti e convenzionati all'utilizzo degli strumenti del Chronic Care Model. Inoltre i servizi in staff alla direzione aziendale stanno diffondendo le conoscenze in merito all'utilizzo delle metodologie di ricerca qualitativa nei servizi sanitari e sociali, al fine di qualificare le attività adattandole alle esigenze di un moderno e soddisfacente rapporto con i pazienti.
Nell'ambito della FORMAZIONE una esperienza degna di nota è la recente creazione della figura del Promotore della Salute, con la funzione di collegamento tra servizi socio sanitari e comunità straniere nell'ambito delle Case della Salute; tale riferimento è attivo nelle strutture di Medesano, Fornovo, San Secondo e Langhirano**.** La formazione è stata curata da esperti aziendali, che hanno assicurato anche l'affiancamento sul campo, e ha permesso di avviare un servizio di prossimità ai cittadini stranieri che vi accedono, al fine di orientarli e supportarli al miglior uso dei servizi.

Tra le altre iniziative destinate a creare le premesse per un progressivo innalzamento del livello qualitativo delle attività assistenziali, si segnala che a giugno 2016 è stato siglato il protocollo di intesa per l'avvio delle attività del Centro di Formazione e Ricerca su organizzazione, qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari, istituito da Università di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda USL di Parma.

(Riferimento **dimensione di performance della sostenibilità- area economico finanziaria**: obiettivo **4.1.2**)

(Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area dello sviluppo organizzativo**: obiettivo **3.2.1**)

(Riferimento **dimensione di performance della innovazione e dello sviluppo – area della ricerca** : obiettivo **3.1.1**)

Adempimenti nei flussi informativi

Le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2016 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali.

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

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance

Gli impegni strategici su cui si è impegnata l'Azienda USL di Parma nell'anno 2016, derivati dal Piano della Performance 2016-2018, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma, formalizzati nella DGR 172/15. Vengono qui rendicontate le azioni sviluppate ed i risultati conseguiti nel 2016 e, per un maggiore approfondimento, è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione degli Obiettivi di Mandato per la verifica dei 18 mesi del Direttore Generale, inviata all'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna con nota prot. n. 66839 del 14/10/2016. Gli indicatori relativi alle diverse aree di performance considerate, rappresentati in specifiche tabelle, sono rendicontati e commentati attraverso informazioni tratte dal Sistema Informativo Regionale (SIVER) e, per gli indicatori aggiunti di particolare rilevanza aziendale, da fonti informative interne all'azienda.

3.1.Dimensione di Performance dell'utente

Rappresenta la performance connessa all'immagine, all'accessibilità ed ai livelli di costumer satisfaction ed è distinta nelle tre aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2016 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016-2018, pag. 25-26).

3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni

Da anni l'Azienda USL di Parma presidia il sistema di offerta delle prestazioni di **specialistica ambulatoriale** che garantisce i tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali, con la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso. L'andamento degli indici di performance si attesta di norma sopra al 90%, ed il risultato è stato ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico delle Agende di Garanzia (offerta aggiuntiva che si origina quando gli standard di attesa non sono garantiti dall'offerta strutturata). E' stato impostato un costante monitoraggio dei tempi di attesa, attraverso strumenti informatici che consentono la valutazione quotidiana dell'andamento complessivo. Ai fini di garantire la piena applicazione della DGR 1056/15, è stata condotta un'ulteriore revisione dell'utilizzo delle strutture, delle tecnologie e dei piani di attività con incremento della capacità produttiva ed il sistema di garanzia è stato potenziato con il coinvolgimento sia delle strutture pubbliche che del privato accreditato.
Al fine di facilitare la diffusione e l'utilizzo del day service, sono state intraprese azioni di miglioramento per rendere più fruibile il sistema informativo; sono state svolte, altresì, tutte le azioni preliminari volte alla gestione dei pazienti oncologici ed alla somministrazione delle terapie chemioterapiche in regime di day service per i pazienti precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16). Gli specialisti sono stati sensibilizzati all'applicazione della DGR relativa alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (deburocratizzazione) e la prescrizione diretta da parte degli specialisti è incrementata anche attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata. Tutti i distretti hanno individuato soluzioni organizzative finalizzate alla presa in carico del cittadino, sia per i controlli che nei percorsi dedicati alle patologie croniche, individuando punti di riprenotazione all'interno delle Case della Salute.
Ai sensi della DGR 1056/15, rispetto alla organizzazione delle agende, le prestazioni di per se legate a particolari quesiti diagnostici sono state ricondotte alla prestazione generale della specialità di riferimento, mentre le agende sub-specialistiche sono state riorganizzate nell'ottica di una rivisitazione complessiva dei percorsi orientata alla presa in carico da parte dell'ambulatorio/struttura/U.O. con prenotazione diretta della prestazioni sub-specialistica o di 2° livello

Per quanto riguarda **le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri**, è stato predisposto un piano di adeguamento, inviato in Regione con nota protocollo n. 62136 del 26/09/16, al fine di consentire il raggiungimento degli standard fissati ed il miglioramento delle performance. Il piano si articola in differenti sezioni che interessano le varie fasi del percorso, dall'inserimento in lista d'attesa all'organizzazione dell'attività di sala operatoria (la riorganizzazione delle attività è incentrata soprattutto al rientro dei tempi di attesa per le protesi d'anca). E' in corso il processo di omogeneizzazione, tra gli ospedali aziendali, delle procedure che riguardano le funzioni di pre-ricovero, per favorire l'interscambiabilità tra le sedi migliorando i tempi di attesa.
Nell'ambito del **percorso nascita** l'Azienda ha aderito al programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo, che si basa sulla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel punto nascita di Fidenza continua l'offerta della parto-analgesia farmacologica oltre a quella non farmacologica. Entrambi gli Ospedali sono dotati di vasca per il parto in acqua ed attuano tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La parto analgesia a raggiunto volumi di attività considerevoli ed è offerta su entrambe le sedi ospedaliere, pur se erogata nel punto nascita dell'ospedale di Vaio. La **procreazione medicalmente assistita** viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. La Direzione della Struttura Hub dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma è stata affidata ad un Dirigente Medico di Ginecologia-Ostetricia che ha acquisito una consistente esperienza presso l'Ospedale di Vaio. La scelta assunta consensualmente dalle due Aziende Provinciali ha permesso di potenziare la Struttura Hub e di attribuire al punto di erogazione della PMA di Vaio un ruolo di primo accesso e di presa in carico in continuità assistenziale della donna, concentrando le attività di livello superiore ed il laboratorio, presso l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma. Sono stati definiti sia i protocolli di collaborazione tra le Strutture Hub&Spoke, che le modalità di presa in carico della donna nei diversi punti di accesso con le modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la PMA.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti (Griglia LEA)	149,33	151,92	137,94	↓	143,52
TdA ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	92,36	92,36	97,31	=	97,22
TdA ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	96,86	96,86	98,29	=	98,07
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	95,28	85,26	64,43	=	93,32
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi Salute Mentale Adulti	4,54	10,5	11,82	=	5,47
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso – (Griglia LEA)	16	16	16	=	16
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	78,91	82	67,1	=	83,27
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,66	68,80	62,19	=	69,71
Tasso di accesso in PS	306,79	313,41	380,33	=	304,17
% Case della Salute attivate rispetto alle Case della salute programmate	61,6	57,7		↑	66,0
Posti letto di cure intermedie attivati	46	30		↑	48

Si può osservare una performance molto buona per tutti gli indicatori selezionati, con particolare riferimento ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, trattandosi di un'area oggetto di particolare attenzione, su cui sono state attuate importanti azioni di miglioramento. Molto buoni anche i risultati relativi all'area dell'accesso al Pronto Soccorso, in cui il sistema sanitario provinciale di Parma raggiunge i migliori risultati regionali; da segnalare anche l'ottima performance rispetto alla programmazione delle Case della Salute e dei posti letto di cure intermedie attivati (indicatori aggiunti a livello aziendale).

3.1.2. Area dell'Integrazione

Rispetto al **percorso nascita,** nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 relativa al percorso nascita, ed in particolare la gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, utilizzato in tutti i Distretti. E' garantita l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste, nel rispetto degli standard dei tempi di attesa.
La rete per il **contrasto alla violenza sulle donne e sulle fasce deboli** è stata significativamente sviluppata sia a livello operativo (accoglienza e presa in carico) sia nella promozione di un modello organizzativo che allarghi e qualifichi l'attenzione verso le vittime (impegni diretti ed integrati nel coinvolgimento e nella sensibilizzazione al problema di operatori sanitari). Presso il consultorio familiare ubicato presso la Casa della Salute "Parma Centro" è operativo il "Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza", finalizzato al trattamento degli uomini autori di violenza di genere ed intrafamiliare ed è in rete con tutte le agenzie del territorio provinciale che si occupano di violenza di genere.
Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " **Inclusione Sociale-Budget di Salute**". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. La REMS di Casale di Mezzani e' diventata pienamente operativa secondo quanto disposto dalla legge 81/2014. L'apertura è stata preceduta da una fase molto importante di condivisione con il Comune di Mezzani e con le associazioni di volontariato, coinvolte nei progetti di riabilitazione degli ospiti. In questa area sono state innovate le procedure per la presa in carico dei pazienti, per la loro valutazione e, in collaborazione con i Servizi territoriali, per le progettualità in merito alla loro integrazione post dimissione. Il modello operativo è quello della recovery e per quanto possibile, della giustizia "riparativa".
Per quanto riguarda **l'assistenza farmaceutica**, è stata raggiunta un' intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione, con Deliberazione n.907 del 23/12/2015 , fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, che ha contribuito a migliorare il sistema di distribuzione rendendolo più capillare sul territorio.
Nel 2016 è stato rafforzato e sviluppato il ruolo del Gruppo per **l'Integrazione Socio Sanitaria**, che svolge, su mandato della CTSS, la funzione di Ufficio di supporto alla medesima ed è composto dai Direttori di Distretto, dai Responsabili degli Uffici di Piano e coordinato dalla Direzione delle Attività Socio Sanitarie Il Gruppo, che si è riunito con cadenza bimestrale, ha affrontato diverse problematiche in parte indicate dalla CTSS, in parte proposte dai singoli territori o sollecitate dalla DASS. In tale ambito, sono stati definiti gli indirizzi nel riparto del F.R.N.A. e nella sua programmazione e verifica. Sono stati condivisi i processi in atto, con particolare riferimento a:

- accreditamento attraverso l'elaborazione di un modello omogeneo di contratto di servizio, il monitoraggio dei medesimi e l'applicazione della DGR 273/2016, la definizione di linee omogenee per la gestione della morosità, la definizione della modalità di verifica dell'OTAP e il monitoraggio dell'attività;

- confronto sui criteri di accesso ai servizi presso le strutture per anziani e disabili, definizione di linee comuni;
- elaborazione di una bozza di regolamento delle Case famiglia da proporre ai Comuni per l'adozione di regolamenti comunali;
- elaborazione di linee d'intervento per la prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona;
- elaborazione di Indirizzi di programmazione per lo sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario, successivamente approvati dalla CTSS;
- definizione del percorso di attuazione del Protocollo Tutela minori;
- validazione, per l'area della disabilità, del documento "*Unità di Valutazione Multidimensionale e criteri di valutazione*";
- approvazione documento "*Linee guida aziendali inerenti all'area delle gravi disabilità acquisite*".

Inoltre, attraverso la presenza dei professionisti dell'Azienda, si è collaborato nell'ambito degli Uffici di Piano distrettuali per l'elaborazione e la realizzazione di progettazioni integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario, assicurando omogeneità di intervento nei diversi territori ed una sempre maggiore qualificazione dei servizi socio-sanitari.

Anche a seguito delle integrazioni introdotte dalla DGR 1423/2015 e a quanto previsto dalle DGR 514/2009 e 715/2015, per quanto riguarda i parametri di personale infermieristico e la presenza h 24, sono stati definiti e condivisi i criteri finalizzati ad assicurare, equità e appropriatezza di accesso nelle CRA e applicazione omogenea della normativa. Tenuto conto delle risorse assegnate e in relazione alla programmazione territoriale dei Comitati di Distretto, sono stati assicurati interventi a sostengo dei *caregiver* con particolare riferimento ai ricoveri di sollievo.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite – (Griglia LEA)	265,18	266,45	127,96	↓	191,49
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni (Griglia LEA)	404,12	350,06	381,90	=	383,83
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI – (Griglia LEA)	5,47	5,77	4,17	=	7,96
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	29,35	31,14	26,33	↓	25,15
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	61,82	61,19	63,29	↑	59,77
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	27,14	30,27	18,61	↓	32,57
Tasso specifico di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	243,52	240,05	190,76	=	243,3
% popolazione assistita nelle Case della salute	30,8	-	-	↑	31,5
% di anziani >= 65 anni trattati nelle cure intermedie x 1000	1,8	-	3,3	↑	2,8
Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in cure intermedie	13,6	-	10,6	↓	11,8

La performance raggiunta è buona nella maggioranza degli indicatori selezionati (7 su 10). Da segnalare il miglior risultato a livello regionale per quanto riguarda la percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI; inoltre, per gli indicatori che presentano qualche criticità, si può osservare il trend di miglioramento, evidente soprattutto per il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite. Ottimi i risultati registrati negli indicatori aggiunti a livello aziendale, in particolare per l'incremento della popolazione assistita nelle Case della Salute, e per la riduzione dei ricoveri in ospedale per acuti durante la degenza in cure intermedie.

3.1.3. Area degli Esiti

Le azioni relative all'Area degli Esiti, in cui si enfatizza l'orientamento all'utente esterno negli esiti di salute, sono di fatto trasversali e riguardano obiettivi presenti nelle diverse aree di performance, alle quali si rimanda per la rendicontazione puntuale.

Gli indicatori relativi all'Area degli Esiti hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72,54	72,95	78,81	↑	75,34
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	-	-	1,71	-	-
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	-	-	2,73	-	-
Mortalità a 30 giorni per IMA	14,97	14,87	8,72	↓	11,62
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	4,19	5,64	44,39	↑	1,01
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	13,23	9,88	11,49	↓	12,79
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	-	-	1,61	-	-
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	12,65	13,89	10,45	↓	11,76
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	-	1,08	-	-
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,25	11,64	8,69	=	10,2
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	21,51	18,18	6,63	↓	17,86
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	-	-	0,9	-	-
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	8,33	-	4,33	↓	9,38
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	2,84	-	3,96	=	5,83
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,78	-	0,86	=	0,77
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,56	-	0,82	=	0,7
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	65,8	58,76	70,12	↑	65,55
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,72	20,17	18,49	=	15,56
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	50,69	64,22	73,84	↑	65,85
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	0	0	78,56	↑	0
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	3	3	↓	3
Mortalità durante il ricovero nelle cure intermedie	2,9	-	4,8	=	1,8 *
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso nelle cure intermedie	0,0	-	0,6	=	0,0

*dato riferito alla struttura di S.Secondo in quanto nell'anno 2016 la struttura di Borgotaro è stata oggetto di interventi di ristrutturazione.

Si tratta di indicatori non aggiustati quindi di difficile confronto e riferiti, per lo più, ad attività non direttamente riconducibile a strutture di diretta gestione dell'Azienda USL di Parma. Si può osservare,

comunque, un trend di miglioramento, in coerenza con i risultati attesi, rispetto a quegli indicatori strettamente connessi con le azioni messe in campo per la presa in carico delle patologie croniche nelle Case della Salute, in cui si stanno implementando i percorsi di gestione integrata (es. scompenso, diabete, lettura integrata carta del rischio cardiovascolare, ecc.). Ottimi i risultati registrati negli indicatori aggiunti a livello aziendale, riferiti alla riduzione della mortalità durante il ricovero nelle cure intermedie.

3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni

Rappresenta la performance connessa all'attività, alla qualità, alla ricerca ed all'innovazione clinica ed organizzativa, è distinta nelle quattro aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2016 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016-2018, pag. 26-28).

3.2.1. Area della Produzione

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

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

La rete ospedaliera provinciale ha risposto in modo positivo alle necessità di riconversione di attività nei setting erogativi più appropriati e sono stati definiti criteri omogenei per incrementare le tipologie di interventi chirurgici trasferibili dai regimi di ricovero ordinario e diurno ai regimi ambulatoriali. Il sistema dei Cruscotti Provinciali dei ricoveri in acuzie (ricoveri diretti da PS agli Ospedali privati accreditati) sono stati mantenuti ed aggiornati incrementando i volumi e nei periodi con picchi di richieste sono state anche messe in campo azioni per aumentare il "filtro" dei Medici di Medicina Generale.
In merito al punto nascita, che ha n. di parti inferiori allo standard minimo, per completare le azioni di riordino della rete ospedaliera provinciale, l'Azienda USL di Parma resta in attesa delle risultanze dell'audit Regionale, affidato alla "Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica sul percorso nascita".

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,56	3,51	3,34	↓	4,32
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,41	0,43	-0,4	↓	0,4
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,2	-0,7	-0,63	↓	0,22
Degenza media pre-operatoria	1,24	1,05	0,76	↓	1,27
Volume di accessi in PS	40.860	40.790	1.875.560	=	40.239
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.946	15.509	334.895	=	14.843
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	11.329	11.028	260.286	=	11.244
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.152	2.294	68.343	↓	2.068
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	7.121	7.528	86.987	=	**6.693**

In quest'area sono evidenti alcune criticità che sono oggetto di importanti azioni di miglioramento messe in campo a seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale e della conseguente ridefinizione degli assetti dipartimentali. Per perseguire i risultati con maggior successo, durante le negoziazioni di budget con le articolazioni del Presidio Ospedaliero, gli indicatori del piano della performance sono stati oggetto di discussione e sono stati inseriti negli obiettivi di budget assegnati ai Direttori dei Dipartimenti e delle Unità Operative. Buone performance si osservano per gli indicatori osservazionali, soprattutto per la riduzione dei volumi di ricoveri in DH sia medici che chirurgici.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione Territoriale**, le azioni messe in campo hanno riguardato diversi ambiti. **Case della Salute**: l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica che vede in previsione complessivamente 26 Case della Salute individuate e classificate nelle diverse tipologie che trovano puntuale riferimento nel "*Piano Aziendale percorso di costruzione Case della Salute*" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 21/12/11. Le Case della Salute attive al 31/12/16 sono 17, che rappresentano la realizzazione del 66% della programmazione aziendale. L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali: Il PDTA del diabete (Gestione Integrata) è attivo in tutte le Case della Salute medie e grandi, il PDTA dello scompenso è attivo in 7 Case della Salute medie e grandi, il PDTA della BPCO (in attesa della formalizzazione del PDTA Regionale) è attivo in una Casa della Salute grande. Anche il Programma Leggieri è attivo in tutte le Case della Salute e sono state predisposte le azioni per l'attivazione del Progetto volto alla realizzazione dell 'équipe di caccoglienza presso le Case della Salute. Sono stati attivati anche gli ambulatori infermieristici, sia a carattere prestazionale che per la gestione della cronicità.
Cure Intermedie, Cure Palliative e Cure Domiciliari: funzionano a pieno regime i 30 posti letto c/o la Casa della Salute di San Secondo ed i 18 posti letto attivati c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro, dove viene regolarmente implementato il flusso SIRCO; parimente si stanno sviluppando i posti letto di Cure Intermedie nelle Strutture Socio-Sanitarie a supporto delle dimissioni difficili e dell'ADI (6 posti letto attivi c/o la CRA di Colorno e 6 c/o la CRA di Collecchio. In adempimento alla DGR 560/15 si è completata la rete delle Cure Palliative con attivazione degli ambulatori nei 4 Distretti Aziendali ed è stato identificato le specialista palliativista di riferimento per ognuno dei Distretti. Nelle Cure domiciliari l'attivazione del software ADI-WEB ha consentito una programmazione migliore delle attività e una flessibilità organizzativa nell'interscambio delle équipe.

Il tema della **continuità assistenziale e delle dimissioni protette** è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e 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, lavorano sui seguenti temi :

- Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario;
- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio;
- 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.

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'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma); un case manager è presente anche presso la Casa delle Salute di San Secondo per il governo delle dimissioni protette dai moduli di cure intermedie.

Il DAISM DP ha contribuito alla realizzazione della stesura definitiva del Documento Regionale sulle Linee di indirizzo, partecipando con continuità agli incontri di lavoro e coordinamento presso la Regione Emilia Romagna, finalizzato all'attuazione del Programma Regionale " **Inclusione Sociale-Budget di Salute**". Sono stati predisposti i percorsi per la piena attuazione della DGR 1554/2014 al fine di realizzare l' integrazione progettuale socio-sanitaria, la valutazione dell'UVM e il coinvolgimento delle famiglie e il protagonismo degli utenti. E' stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. I Budget di Salute attivati nel 2016 sono stati 89 le cui risorse economiche necessarie sono state puntualmente definite nella scheda di budget 2016 del Dipartimento di Salute Mentale (976.237 €). Nell'ambito della **Neuropsichiatria Infantile** è stata data piena applicazione al Programma Regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello Spettro Autistico, con particolare riguardo alla facilitazione all'accesso ai servizi ed alla pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,88	19,67	20,34	=	20,75
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	77,73	73,75	73,03	=	79,65
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	421.129	425.002	6.788.682	=	418.781
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	354.963	348.498	6.364.012	=	360.332
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.661.380	2.669.245	43.108.376	=	2.450.662
Volume di ricoveri in cure intermedie	374		2.059	↑	485
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici delle Case della salute*					41.277 *

*La rilevazione delle prestazioni è iniziata in via sperimentale dal mese di ottobre 2016

Ottima la performance registrata in quest'area rispetto a tutti gli indicatori selezionati; da segnalare, tra gli indicatori aggiunti a livello aziendale, la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate negli ambulatori infermieristici, iniziata sperimentalmente nell'ultimo trimestre 2016, che andrà a regime nel 2017 con l'avvio dell'informatizzazione dell'intero processo.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione della Prevenzione,** nell'anno 2016 la direzione del Dipartimento di Sanità Pubblica ha concluso l'attività propedeutica all'accreditamento DSP, completando il "Manuale per l'Accreditamento" e revisionando la documentazione inerente il Sistema Qualità. Ha, inoltre, recepito gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione (DGR 771/2015) declinando le azioni necessarie al perseguimento degli stessi in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali e garantendone la progressione nel rispettato della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2016 gli indicatori sentinella hanno evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messo in atto azioni comuni intradipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute. Nell' ultimo trimestre del 2016 si è registrato un importante focolaio epidemico di legionella che ha interessato un'area residenziale circoscritta del quartiere Cittadella del Comune di Parma. E' stata costituita dalla RER una Unità di Crisi finalizzata all'efficace e tempestivo controllo del cluster Epidemico. I casi di legionella confermati riferiti al cluster sono stati 41 con 1 decesso. Le indagini ambientali hanno comportato l'effettuazione di n. 163 sopralluoghi e n. 309 campionamenti, sia presso le civili abitazioni dei soggetti colpiti che presso diverse tipologie di strutture presenti nell'area interessata.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	52,3	55	48,4	=	54,4
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attivita fisica	39,8	41,4	35,3	=	39,8
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	69,41	65,57	76,42	↑	73,36
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alle persone invitate	51,58	56,91	49,21	↑	51,3
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	43,27	42,45	53,04	↑	44,45
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,29	94,49	92,23	=	93,97
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,19	11,2	9,84	=	9,92
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	97,99	-	100	=	100

Molto buona la performance registrata in quest'area per la quasi totalità degli indicatori selezionati (6 su 8) con un evidente trend di ulteriore miglioramento. La sorveglianza di malattie infettive negli allevamenti fa registrare uno dei migliori risultati a livello Regionale. Manifestano qualche criticità gli indicatori relativi alle coperture vaccinali, in particolare la vaccinazione antiinfluenzale negli anziani, anche se in miglioramento rispetto al 2015. Il tema è all'attenzione delle Direzioni Dipartimentali e sono in corso azioni per promuovere ulteriormente il ricorso alla vaccinazione, con interventi di sensibilizzazione sia rivolti alla popolazione che ai Professionisti, in primis ai Medici di Medicina Generale.

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

Le attività della rete per la **gestione del rischio clinico**, sia a livello intraospedaliero sia a livello territoriale/ambulatoriale sono da considerarsi a regime anche in termini di integrazione con le altre articolazioni e servizi coinvolti (Prevenzione e protezione aziendale – Rischio infettivo). In particolare:

- La procedura di gestione eventi avversi è stata diffusa in tutte le sedi aziendali e sia il sistema Incident reporting sia il flusso SIMES vengono popolati: per quanto riguarda gli eventi sentinella, la segnalazione di un evento sentinella da sistematicamente luogo alla tenuta di un SEA (Significant event audit) con progetto di miglioramento ove se ne delinei la necessità. Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della messa in atto delle raccomandazioni per evitare il verificarsi degli eventi sentinella è a regime su tutte gli Items e sono stati inviati a Regione (che li ha validati) e di conseguenza ad AGENAS i questionari/check list che hanno evidenziato una buona corrispondenza con i livelli di aggiornamento richiesti.
- La adesione alla CL di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali ancorchè non ancora completamente informatizzata.
- Nella recentemente emessa versione rinnovata della procedura per la gestione clinica del farmaco sono stati introdotti i contenuti delle raccomandazioni per la ricognizione e riconciliazione dei farmaci: l'argomento è stato già oggetto di un audit clinico presentato alla regione Emilia Romagna.

- Gli indicatori di attività per la gestione del rischio infettivo non ancora a completo regime mostrano elementi di miglioramento specialmente per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza e di controllo (SIChER); non ancora soddisfacente l'indicatore relativo al consumo di gel idroalcoolico.
- A regime il sistema informatizzato per la segnalazione delle infezioni Alert che funziona in costante integrazione con l'omologo sistema di AOSP.

Per quanto riguarda **l'assistenza farmaceutica**, nel 2016 sono stati ottenuti ottimi risultati attraverso una sinergia di interventi che hanno avuto come obiettivo principale l'appropriatezza prescrittiva ed il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio costante delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime, in particolare la **spesa farmaceutica netta convenzionata** è stata complessivamente di 46.392.849,50 € registrando una riduzione del 3,95% rispetto al 2015. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi sette anni è passata dai 169,89 del 2009 ai 105,09 del 2016. Il risultato 2016 è stato inferiore di 4,33 € al dato 2015 e di 8,20 € rispetto alla media regionale (pari a 113,29 €). Nel 2016 la **spesa farmaceutica ospedaliera complessiva** (ossigeno escluso) è stata pari a € 17.406.141 , con un aumento del 14,9% rispetto all' anno 2015 ; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci ex Osp2 è stata di € 9.574.282 , con un incremento del 24% rispetto all'anno precedente. Pertanto la spesa dei consumi interni ospedalieri (ossigeno escluso) è stata di € 7.831.859 , registrando un incremento rispetto all' anno precedente , pari al 5,4%. Si evidenzia che nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci Ex Osp2, l' elevato incremento riscontrato è dovuto in gran parte alla ulteriore presa in carico di pazienti afferenti ai Centri specialistici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma , in trattamento con farmaci ad alto costo.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	53,75	54,92	50,09	↑	49,43
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	5,62	6,02	6,53	↓	6,3
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,11	2,71	2,6	=	1,99
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	109,26	109,94	110,11	↓	102,29
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,26	0,26	0,22	↓	0,26
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	11,92	11,58	9,86	↓	10,63
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	0	0	4,03	=	1,8
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	1,52	1,95	2,54	=	2,38
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	20,55	15,72	39,08	↑	17,93
N° di cadute /1000 giorni di degenza nelle cure intermedie	0,7		1,4	=	0,5

La performance registrata in quest'area è sufficientemente buona anche se con alcune criticità. Molto buono il risultato rispetto alla riduzione delle RM, frutto degli importanti interventi realizzati sull'appropriatezza prescrittiva in particolare per le RM osteoarticolari e muscoloscheletriche (ex DGR 704/13). Ottimo il risultato sulla riduzione delle cadute durante la degenza in cure intermedie (indicatore aggiunto a livello aziendale).

3.2.3. Area dell'Organizzazione

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

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

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

- **Progetto ARA (Anagrafe Regionale Assistiti)**

  Attuazione delle azioni necessarie all'introduzione dell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA):

- **Rete SOLE/FSE**

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

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

- **Dematerializzazione ciclo passivo degli acquisti**

Attivazione del Progetto di Fatturazione elettronica passiva: il progetto ha previsto la realizzazione e l'attivazione di un hub aziendale per l'acquisizione, in formato elettronico strutturato, dei flussi di fatturazione. L'analisi ha previsto anche l'informatizzazione degli ordini e dei documenti di trasporto. Le attività si sono svolte nel rispetto di quanto indicato nel piano di avviamento che previsto dal progetto regionale e nazionale.

- **Azioni di sviluppo tecnologico**

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

- **Riordino dell'assistenza ospedaliera**

1. Revisione delle funzionalità del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Urgenza: revisione applicativa relativa alle funzionalità del Pronto Soccorso; tale intervento ha portato ad una maggiore sinergia con l'Azienda Ospedaliera dato che, per motivi di continuità dei percorsi di emergenza-urgenza a livello provinciale, si è scelto di adottare la medesima soluzione applicativa.
2. Progettazione del percorso chirurgico finalizzata all'informatizzazione del percorso stesso, permettendo la messa in sicurezza di alcuni passaggi critici, la tracciabilità di tutte le azioni, il monitoraggio preciso dei tempi.
3. Progettazione e attivazione della Cartella clinica unica aziendale come soluzione fortemente integrata con la soluzione di prescrizione e somministrazione, la diagnostica e la farmacia.

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

- Compatibilmente con le condizioni organizzative (riorganizzazione dei servizi tecnici, amministrativi, dell'offerta e dell'accoglienza) e con le necessità di adeguamenti tecnologici urgenti delle piattaforma CUP richieste dall'attivazione dei progetti regionali relativi al monitoraggio dei tempi d'attesa e alla fruizione dei servizi di prenotazione e disdetta in mobilità per i cittadini, si è iniziato ad analizzare lo stato dell'arte delle tre Aziende Sanitarie coinvolte, al fine di individuare i punti di fora e le criticità delle soluzioni in essere.
- Aggiornamento, evoluzione ed integrazione degli strumenti informatici per la gestione del day service e della refertazione ambulatoriale specialistica e diagnostico/strumentale.

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

1. Evoluzione Osservatorio epidemiologico provinciale: il DWH unico provinciale è stato popolato con tutti i dati necessari per la rendicontazione dei flussi regionali. E' in corso la codifica dei microorganismi necessaria al fine di consentire l'analisi di dati sul territorio stesso per poter effettuare analisi epidemiologica statistica e preventiva.
2. Attivazione braccialetto identificativo del paziente: il braccialetto è stato attivato con la finalità della corretta associazione della terapia al paziente.

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

  Si sono svolte le attività amministrative per l'attivazione del progetto di scrivania digitale per la gestione del work flow documentale amministrativo, da realizzarsi a mezzo dell'applicativo Babel, acquisito in riuso dall'Azienda USL di Bologna dopo opportuna selezione.

Rispetto agli **adempimenti nei flussi informativi**, le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2016 hanno riguardato il consolidamento delle attuali modalità di gestione delle informazioni e dei flussi e lo sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. L'attività di sviluppo ha riguardato anche l'adeguamento dei flussi alle indicazioni regionali.

Per quanto riguarda il **sistema dell'accreditamento istituzionale** sono stati realizzati audit finalizzati al passaggio dal modello di accreditamento ex DGR 327/04 al modello riferito alla DGR 1064/15 e si svolta l'attività di preparazione agli audit organizzativi interni per i Dipartimenti Cure Primarie e per il Dipartimento Assistenziale Integrato salute Mentale-Dipendenze Patologiche, mentre il Dipartimento di Sanità Pubblica, in collaborazione con l'ASSR, ha organizzato un corso formativo propedeutico all'accreditamento.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice)	5,9	-	6,4	⬆	6,8

Il risultato non è ancora perfettamente soddisfacente anche se si colloca sopra la media regionale ed è in netto miglioramento rispetto al 2015.

3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza

Durante l'anno è stata data priorità alla diffusione ad organismi e dipendenti dell'Azienda dei contenuti del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2016/2018, approvati nel mese di gennaio 2016. Gli incontri divulgativi (es. 21 marzo 2016), sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale. Incontri più propriamente formativi sono stati realizzati con gli operatori delle aree considerate a rischio rilevante, Risorse Umane (20 aprile 2016) e Contratti Pubblici (20 giugno 2016), organizzati in forma integrata con le rispettive equipe anche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

In tema di Trasparenza sono state curate le particolari pubblicazioni sulla sezione web aziendale di quanto previsto dalla legge di stabilità per il 2016. Sono stati svolti i monitoraggi, sia sugli adempimenti previsti in materia di Trasparenza, sugli obblighi di pubblicazione, sia sulle misure in materia di prevenzione della corruzione. Relativamente al monitoraggio generale sugli obblighi di pubblicazione, i risultati sono stati illustrati alle unità organizzative coinvolte durante un incontro plenario svolto l'8 novembre.

Il 30 novembre si è tenuta la Giornata per la Trasparenza 2016, organizzata congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria e all'Università, nella quale si sono focalizzate le tematiche della performance integrate con le novità del decreto legislativo n. 97/2016.

Il materiale utilizzato durante gli incontri è pubblicato in apposita sezione dell'area Trasparenza.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	96,91	89,37	95,42	=	89,21
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	45,74	44,3	42,74	=	46,43
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	15,5	17,41	35,49	↑	19,85

Molto buona la performance che si registra negli indicatori osservazionali, particolarmente evidente per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta in netto miglioramento rispetto al 2015; per quanto riguarda l'assolvimento degli obblighi di trasparenza il risultato leggermente inferiore a quello dello scorso anno dipende da una interpretazione della normativa non perfettamente coerente con le indicazioni dell'OIV.

3.3. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo

Rappresenta la performance connessa all'innovazione, all'eccellenza tecnologica, alle competenze, al clima interno ed alla motivazione, è distinta nelle aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2016 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016-2018, pag. 28-29).

3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica

L'azione aziendale tende a creare legami crescenti tra attività di Ricerca e Formazione e ricadute nell'ambito dell'attività assistenziale. In tale ottica nell'ambito della **ricerca** è proseguita l'attività finalizzata ad utilizzare le banche dati per estrarre indicatori utili a migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune classi di farmaci (in particolare nei confronti delle categorie maggiormente a rischio – anziani), la stratificazione della popolazione per definire i livelli di rischio di ospedalizzazione nei soggetti cronici assistiti dalle Case della Salute, formando quindi i professionisti dipendenti e convenzionati all'utilizzo degli strumenti del Chronic Care Model. Inoltre i servizi in staff alla direzione aziendale stanno diffondendo le conoscenze in merito all'utilizzo delle metodologie di ricerca qualitativa nei servizi sanitari e sociali, al fine di qualificare le attività adattandole alle esigenze di un moderno e soddisfacente rapporto con i pazienti. Nel corso dell'anno si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2016.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2015	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	9	8		=	8

3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo

Nel corso del 2016 sono state sviluppate esperienze formative innovative volte allo sviluppo di specifiche competenze tra cui:

- "Lo sviluppo delle competenze dei coordinatori infermieristici territoriali" rivolto a professionisti sanitari che svolgono la propria attività in ambito territoriale. A seguito della conclusione della prima fase del percorso formativo effettuato in collaborazione con il Cerismas – Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, che ha consentito di definire le competenze e le skills di 8 ruoli infermieristici territoriali "chiave" in ordine all'evoluzione organizzativa ed operativa dell'AUSL di Parma incentrata sull'attivazione delle Case della Salute;
- "Strategie aziendali e controllo direzionale", rivolto a 35 professionisti di tutti i ruoli (compresi diversi clinici), quali attori dei processi di valutazione e controllo. Il percorso, condotto in collaborazione con Cerismas, è esitato in 5 project work di diretta fruibilità operativa in azienda;
- Altra esperienza degna di nota è la recente creazione della figura del Promotore della Salute, con la funzione di collegamento tra servizi socio sanitari e comunità straniere nell'ambito delle Case della Salute; tale riferimento è attivo nelle strutture di Medesano, Fornovo, San Secondo e Langhirano**.** La formazione è stata curata da esperti aziendali, che hanno assicurato anche l'affiancamento sul campo, e ha permesso di avviare un servizio di prossimità ai cittadini stranieri che vi accedono, al fine di orientarli e supportarli al miglior uso dei servizi.
- Al fine di accompagnare il processo di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi tra Azienda USL ed Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, è stato avviato uno specifico progetto formativo rivolto ai Dirigenti ed al personale del comparto dei servizi coinvolti nell'integrazione strutturale

Gli indicatori relativi all'Area dello sviluppo organizzativo, hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2015	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di adesione all'indagine di clima interno	29,13		26,52	↑	

L'indagine non è stata ripetuta e pertanto l'indicatore non è più rilevabile.

3.4.Dimensione di Performance della sostenibilità

Rappresenta la performance che presidia l'area dei risultati economici, della produttività e dei costi, è distinta nelle aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2016 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016-2018, pag. 29).

3.4.1. Area economico-finanziaria

L'azienda nel corso del 2016 ha rispettato il forte mandato regionale in ordine al mantenimento dell'equilibrio economico di bilancio, sia in sede previsionale che in sede di consuntivazione; tutti i documenti sono stati regolarmente approvati con DGR.
Gli investimenti sono stati realizzati in coerenza con le linee di programmazione tempo per tempo stabilite e con le necessarie coperture finanziarie. La gestione finanziaria dell'azienda ha avuto nel periodo un graduale miglioramento, grazie ai trasferimenti regionali costanti, a un consolidato equilibrio economico e a una attenta gestione finanziaria da parte del servizio aziendale competente; particolarmente significativo è il recupero realizzato nel corso del 2016, che ha condotto ormai a un sostanziale rispetto del termine di pagamento dei debiti commerciali entro i 60 giorni.
L'azienda ha costantemente osservato le indicazioni provenienti dal livello regionale in ordine alla politica degli acquisti, sia in forma diretta sia mediata attraverso la partecipazione della direzione operativa di Aven ai momenti programmatori presso Intercenter. E' stato inoltre consolidato il rapporto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, mediante un continuo confronto e la predisposizione di gare in unione d'acquisto.
Diverse azioni sono state intraprese al fine di mantenere in equilibrio la gestione economica, sia con riferimento agli aspetti assistenziali sia a quelli di pura gestione tecnico-amministrativa.
Tra i primi si ricordano i costanti progressi in ordine alla farmaceutica soprattutto convenzionata, che hanno consentito e stanno consentendo notevoli benefici economici, una notevole razionalizzazione in ordine all'assistenza domiciliare e la creazione dei dipartimenti ospedalieri con dimensione aziendale, anziché di singolo ospedale. Tra i secondi è particolarmente significativa la conclusione, avvenuta nel mese di agosto 2016, dell'accordo con la concessionaria finalizzata alla completa internalizzazione dei servizi manutentivi ed energetici nell'ambito della concessione-costruzione dell'ospedale di Fidenza, che consente da una parte un deciso decremento dei costi in quanto non più gravati della quota relativa alla gestione del contratto di costruzione e gestione dell'opera, e dall'altra una coerenza in ordine agli aspetti della sicurezza a fronte di un unico gestore di tali servizi. Molto importante, inoltre, il contributo dato dal blocco del turn over del personale tecnico-amministrativo, che ha consentito, al netto degli incrementi derivanti dall'avvio della REMS e dalle ricadute della L. 161/2014, di stabilizzare il costo del personale.
Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2016, il piano di assunzione è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione quantitativa che a quella qualitativa, in quanto nella sostanza anche per questi due esercizi il turn over a livello tecnico-amministrativo è stato azzerato; il piano è stato regolarmente approvato a livello regionale.
E' continuato il percorso di progressiva stabilizzazione del personale precario, anche se la piena operatività delle nuove norme in tema di orario di lavoro (L. 161/2014) ha imposto nel corso del 2016 un maggior ricorso ai contratti libero professionali, al lavoro interinale e alle chiamate di dipendenti a tempo determinato, in quanto la consistenza storica delle risorse umane non avrebbe garantito i consueti livelli assistenziali e prestazionali, soprattutto in ambito ospedaliero.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Costo pro capite totale	1.655	1.782,47	1.750	=	1.676
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	51	51,58	52	=	49
Costo pro capite assistenza distrettuale	958	997,58	1.037	=	977
Costo pro capite assistenza ospedaliera	652	738,95	661	↓	654
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	100,75	102,21	95,65	=	88,87
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	81,4	79,6	79,58	=	81,31
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	145,48	146,64	158,55	=	147,78
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	137,42	126,86	281,77	=	155,97
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	24,36	-	-	=	8,37

Ottima la performance registrata in quest'area per tutti gli indicatori selezionati; in particolare l'Azienda ha raggiunto il miglior risultato a livello regionale in 5 indicatori (costo pro capite totale, costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, costo pro capite assistenza distrettuale, consumo di molecole non coperte da brevetto, spesa farmaceutica territoriale pro capite). Da segnalare il netto miglioramento rispetto al 2015 nell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

3.4.2. Area degli investimenti

Con riferimento alle **strutture ospedaliere**, le azioni intraprese possono essere riepilogate come segue:

- Avvio dei lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso e di costruzione della nuova ala in ampliamento all'Ospedale di Vaio in data 12/10/2015, che hanno consentito l'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso nel dicembre 2016. Sono previsti, altresì, diversi interventi tesi al contenimento dei consumi energetici ed all'utilizzo di fonti rinnovabili di energia (autoproduzione di energia elettrica mediante impianto di trigenerazione, produzione di acqua calda sanitaria mediante sonde geotermiche ed impianto fotovoltaico per la produzione di energia elettrica). Sono nel contempo stati realizzati diversi interventi di efficientamento energetico sul complesso ospedaliero attraverso l'utilizzo di inverter, la sostituzione di corpi illuminanti con elementi al LED, la taratura degli impianti di climatizzazione e la razionalizzazione del sistema complessivo di regolazione degli impianti a servizio della struttura;
- Ospedale di Borgo Val di Taro: esecuzione nel periodo di riferimento di interventi di riqualificazione edile ed impiantistica di diverse Unità Operative, di consolidamento statico (Corpo Storico), di miglioramento sismico di diversi corpi di fabbrica, nonché di efficientamento energetico complessivo (sostituzione dei sistemi di produzione di acqua refrigerata a servizio dell'intero ospedale e dei corpi illuminanti interni con elementi al LED), rifacimento quasi totale dell'impianto idrico – sanitario, anche con miglioramento dei sistemi di coibentazione;

Rispetto alle **Case della Salute** è stata indetta la procedura aperta per la realizzazione della Casa della Salute Lubiana-San Lazzaro, la cui progettazione ha posto particolare attenzione agli aspetti di carattere energetico. Sono inoltre stati acquisiti i pareri favorevoli degli Enti preposti (VV.F., ARPAE, Servizio Tecnico di Bacino, Servizi di Prevenzione, ecc..) relativamente alle Case della Salute di Fornovo Taro e Noceto. Le Case della Salute già attive sono nel contempo state oggetto di interventi di miglioramento energetico

Nel 2016 è stata data attuazione al programma degli acquisti di tecnologie previsti nella programmazione triennale ed annuale, allegata ai bilanci di previsione relativi. E' in corso di effettuazione il monitoraggio della dislocazione e dell'uso delle apparecchiature aziendali, al fine della stesura di criteri condivisi con l'AOU di Parma.

Per quanto riguarda la razionalizzazione del restante patrimonio immobiliare, si evidenzia in particolare che il Polo Pediatrico è in fase di avanzata realizzazione, e che è stato attivato il magazzino economale provinciale mentre sono in fase di avanzata definizione le codifiche uniche dei prodotti che verranno gestiti all'interno dello stesso.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	35,9	18,8		⇧	52,04

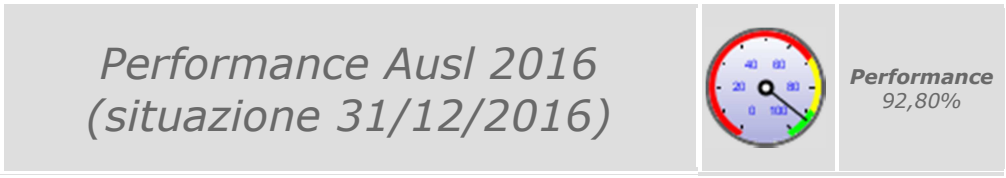
Ottima la performance raggiunta in quest'area con il risultato notevolmente migliorato rispetto al 2015.

4. Conclusioni

La performance raggiunta dall'Azienda USL di Parma nel 2016 rispetto agli indicatori di valutazione selezionati per il monitoraggio del Piano della Performance è complessivamente molto buona, evidenziando, nello specifico, sia aree di eccellenza che alcune criticità. Ottima la performance nell'Area della Produzione Territoriale, nell'Area Economico Finanziaria e nell'Area degli Investimenti. Da segnalare il miglior risultato raggiunto a livello regionale nei seguenti indicatori: tasso di accesso in Pronto Soccorso, percentuale di anziani ultrasessantacinquenni trattati in ADI, sorveglianza malattie infettive negli allevamenti, costo pro-capite totale, costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, costo pro-capite assistenza distrettuale, % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza, spesa farmaceutica pro-capite. Ottima la performance raggiunta anche per gli indicatori aggiunti a livello aziendale riferiti alle Case della Salute ed alle Cure intermedie, collocati in diverse aree. Per le Aree della Produzione della Prevenzione e della Anticorruzione e Trasparenza si evidenzia una performance molto buona, e buona nell'Area della Integrazione. Alcune criticità si evidenziano nell'Area della Produzione Ospedaliera, rispetto alle quali sono state messe in campo importanti azioni di miglioramento a seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale e della conseguente ridefinizione degli assetti dipartimentali.

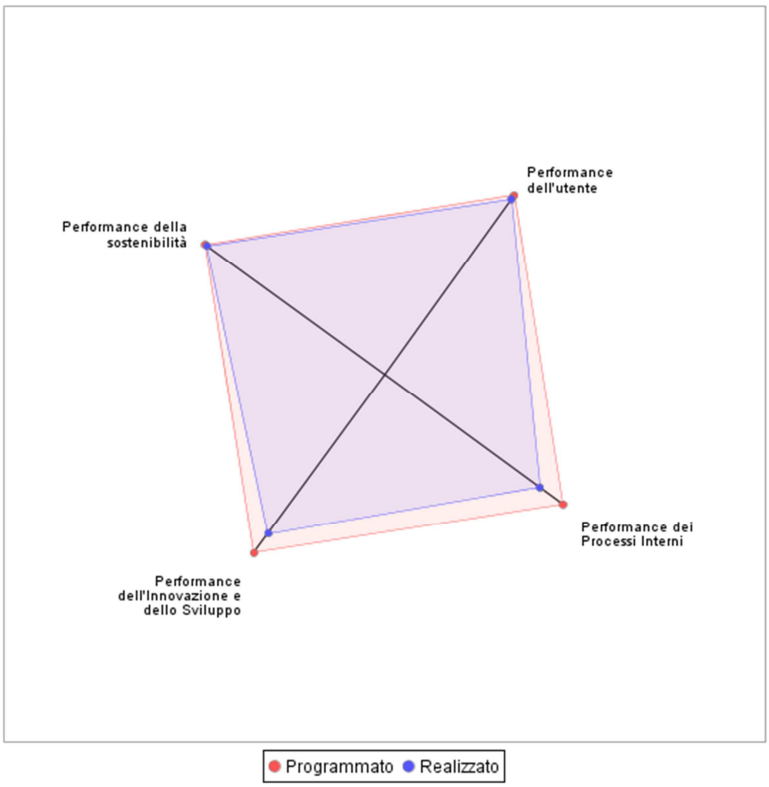
Di seguito si illustra sinteticamente il grado di raggiungimento dei soli obiettivi di valutazione elaborato tramite il sistema informatizzato aziendale (GZoom).

Il grado di raggiungimento percentuale della performance aziendale è pari al 92,80%



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

Dimensione	Performance
Performance dell'utente	98
Performance dei Processi Interni	85
Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	89
Performance della sostenibilità	99



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

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
1 – Performance dell'Utente 98%	**1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni**	100%
	1.2 - Area dell'integrazione	95%
	1.3 - Area degli Esiti	100%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
2 – Performance dei Processi Interni 84%	**2.1 - Area della Produzione**	78%
	2.2 - Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	96%
	2.3 - Area dell'Organizzazione	72%%
	2.4 - Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	89%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
3 - Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo 89%	**3.1 - Area della ricerca e della didattica**	89%
	3.2 - Area dello sviluppo organizzativo	L'indagine sul clima interno non è stata ripetuta e pertanto l'indicatore non è rilevabile

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
4 - Performance della sostenibilità 99%	**4.1 - Area economico-finanziaria**	99%
	4.2 - Area degli investimenti	100%

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2016 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016", già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d'esercizio 2016 (Deliberazione n. 250 del 28/04/2017)

Rispetto agli obiettivi per i quali il monitoraggio e la relativa rendicontazione sono stati effettuati in occasione della verifica degli obiettivi di mandato del Direttore Generale, si fa riferimento alla nota aziendale prot. n. 66839 del 14/10/2016 inviata all'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna.

2016

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

AZIONI POSTE IN ESSERE PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE REGIONALE DI CUI ALLA DGR 1003/16

Estratto dal Piano Azioni Verifica al 31-12-2016

Allegato 1 alla Relazione sulla Performance anno 2016

Stampato il 26/06/2017

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	
	1.2 - Sanità Pubblica	1.2 - Sanità Pubblica	
		1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	
		1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive,vaccinazioni	
	1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	
	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	
2 - Assistenza territoriale	2.1 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	2.1 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	
	2.2 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza	2.2 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza	
		2.2.1 - Ospedali di Comunità	
	2.3 - Cure Primarie	2.3.1 - Cure palliative	
		2.3.2 - Continuità assistenziale – dimissioni protette	
		2.3.3 - Percorso nascita	
		2.3.4 - Salute riproduttiva	
		2.3.5 - Promozione della salute in adolescenza	
		2.3.6 - Percorso IVG	
		2.3.8 - Contrasto alla violenza	
		2.3.9 - Assistenza pediatrica	
		2.3.10 - Formazione specifica in medicina generale	
		2.3.11 - Valutazione e qualità delle cure primarie	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale	2.4 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	2.4.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	
		2.4.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale	
		2.4.3 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	
	2.5 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	2.5 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	
	2.6 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	2.6 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	
	2.7 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	2.7.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016	
		2.7.2 - Assistenza farmaceutica convenzionata	
		2.7.3 - Acquisto ospedaliero di farmaci	
		2.7.4 - Adozione di strumenti di governo clinico	
		2.7.5 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	
		2.7.6 - Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"	
3 - Assistenza ospedaliera	3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	
	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	
	3.3 - Attività trasfusionale	3.3 - Attività trasfusionale	
	3.4 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	3.4 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	
	3.5 - Sicurezza delle cure	3.5 - Sicurezza delle cure	

Piano delle Azioni 2016

Indice

Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza ospedaliera	3.6 - 118 e Centrali Operative	3.6 - 118 e Centrali Operative	
4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa	4.1 - Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	
		4.1.2 - Il miglioramento del sistema informativo contabile	
		4.1.3 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	
		4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	
	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	
	4.3 - Il governo delle risorse umane	4.3 - Il governo delle risorse umane	
	4.4 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri	4.4 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri	
	4.5 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	4.5 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	
	4.6 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	4.6 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	
5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	

Area obiettivi DGR	**1**	**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

Sub-area obiettivi DGR	**1.1**	**Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**

Settore obiettivi DGR	**1.1**	**Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.5.6.1**	**Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**			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. Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative locali e regionali, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano. Nel 2016 le Aziende si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 5% rispetto al valore atteso.	La gestione delle attività previste nel nuovo PRP per i Servizi del DSP è stata realizzata attraverso la predisposione di singole "Schede di progetto" collegate ai Codici di Prodotto e Prestazione indicati nei Piani di Attività 2016 di ciascun Servizio. Il Piano Locale della Prevenzione è stato inviato in Regione il 29/01/2016 con nota N. 6195. Gli indicatori, compreso l'indicatore sentinella, espressi in azioni, cronogramma, operatori coinvolti, numero di attività ed ore, sono armonizzati con le rispettive Schede PLA approvate ed inserite all'interno del documento di budget e dell'attività ordiaria dei singoli Servizi ed U.O. del DSP. In generale, la progressione dei progetti ha rispettato la tempistica assegnata dalla Scheda PLA, ad eccezione di alcune attività caratterizzate, prevalentemente, da uno start up regionale in corso di definizione per gli aspetti operativi e di coordinamento. In particolare, per tutti i Setting del Piano, i progetti che assegnano la titolarità ai Servizi del DSP, sono stati monitorati attraverso i sistemi informativi in relazione allo stato di avanzamento sia dell'indicatore sentinella che degli altri indicatori. Al 31/12/2016 gli indicatori sentinella evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano, superiore al 95%

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**1.5.6.1**	**Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018**			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
raggiungimento degli standard previsti degli indicatori sentinella	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**1.2**	**Sanità Pubblica**

Settore obiettivi DGR	**1.2**	**Sanità Pubblica**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.2**	**Sanità Pubblica**			100%

Descrizione	Rendicontazione
I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire: -il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati inmateria (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.) mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013; - lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, a supporto della pianificazione delle attività del sistema regionale della prevenzione e quale strumento per la valutazione della qualità dell'azione e dei risultati conseguiti; -la gestione efficace delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano cooperando con altri Servizi sanitari o altri Enti.	E' stato garnatito dal Dipartimento di Sanità Pubblica il coordinamento e l'apporto, per quanto di competenza, alla realizzazione di ogni programma del PRP. In materia di vigilanza e controllo sono stati mantenuti i livelli di copertura consolidati ispezionando nell'anno 2016 il 9,85 % delle azienda presenti sul 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
% aziende con dipendenti ispezionate	specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%		9,85%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.2**	**Sanità Pubblica**			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 sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati	Protocollo piano di attività	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.1	Epidemiologia e sistemi informativi

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**1.5.6.3**	**Epidemiologia e sistemi informativi**			100%

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

Settore obiettivi DGR	1.2.2	Sorveglianza e controllo delle malattie infettive,vaccinazioni
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.4**	**Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni**			90%

Descrizione	Rendicontazione
Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche. Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.	Per quanto riguarda le attività del DSP svolte durante l'anno 2016, si è proceduto con la chiusura degli ambulatori con erogazione inferiore alle 500 dosi vaccinali/anno, come da indicazione regionale, comunicato con nostra nota N. 17178 del 10/03/2016. La campagna vaccinale antinfluenzale si è svolta come da programmazione, non evidenziando scostamenti rispetto agli anni precedenti. La vaccinazione antinfluenzale degli ultrasessantacinquenni è effettuata dai Medici di Medicina Generale. E' prevista la pubblicazione dei dati della campagna 2016/2017 da parte della regione Emilia-Romagna ..

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° ambulatori di Pediatria di Comunità che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		28,00		11,00		100,00%
n° ambulatori di Sanità Pubblica che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi (riduzione rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,00	0,00	0,00		100,00%
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		43,10%		57,00%
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		94,10%		99,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.4**	**Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni**			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
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		89,10%		94,00%

Sub-area obiettivi DGR	**1.3**	**Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**

Settore obiettivi DGR	**1.3**	**Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.5**	**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 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi: - Attivazione, in via sperimentale, del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016. -Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica. -Attività di controllo sul benessere animale e farmacosorveglianza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.	Si è proceduto seguendo le indicazioni previste nel PRP sia in materia di sicurezza alimentare che in sanità e benessere animale. Tutti i piani di lavoro dei servizi sono stati integrati recependo gli obiettivi ed i piani dettati dal PRP.

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
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti (obiettivo: >= 10 o 15% secondo le specie)	specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		25,00%		100,00%
% allevamenti controllati per farmacosorveglianza sul totale degli allevamenti	specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%		33,00%		100,00%
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)	specifico flusso di riferimento	% >=		98,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.5**	**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%

Sub-area obiettivi DGR	**1.4**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**

Settore obiettivi DGR	**1.4**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.5.6.6**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			62%

Descrizione	Rendicontazione
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: -Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili deiServizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa; -Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare 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 diformazione 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.	vd 7.8.3.1 "Sicurezza sul lavoro - Salute e sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie" Il Responsabile del SPPA ed i Medici Competenti partecipano attivamente ai coordinamenti regionali ed attuano a livello locale le decisioni assunte. Come indicato dalla Relazione Sanitaria dei Medici Competenti in ottemperanza all'art. 35 del Dlg 81/2008, le vaccinazioni antinfluenzali sono state pari a 350, il 21% dei soggetti dei reparti a rischio, si segnala l'incremento del 69% rispetto all'anno 2015. Sono stati aggiornati il protocollo sanitario per TBC, per gli Ospedali, sulla base del DVR effettuato, ed il protocollo di sorveglianza sanitaria per il DSP. Attuato per il 50% del personale sanitario lo screening immunologico delle malattie infettive trasmissibili per via aerea (morbillo, varicella, rosolia e parotite) ed attuate le vaccinazioni per i soggetti sieronegativi. Resta da programmare il corso formativo per coloro che rifiutano la vaccinazione.

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
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	Protocollo piano di attività	% >=		34,00%		21,00%		62,00%

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.8.3.1**	**Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**			62%

Descrizione	Rendicontazione
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: - Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa; - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuare 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.	Il Responsabile del SPPA ed i Medici Competenti partecipano attivamente ai coordinamenti regionali ed attuano a livello locale le decisioni assunte. Come indicato dalla Relazione Sanitaria dei Medici Competenti in ottemperanza all'art. 35 del Dlg 81/2008, le vaccinazioni antinfluenzali sono state pari a 350, il 21% dei soggetti dei reparti a rischio, si segnala l'incremento del 69% rispetto all'anno 2015. Sono stati aggiornati il protocollo sanitario per TBC, per gli Ospedali, sulla base del DVR effettuato, ed il protocollo di sorveglianza sanitaria per il DSP. Attuato per il 50% del personale sanitario lo screening immunologico delle malattie infettive trasmissibili per via aerea (morbillo, varicella, rosolia e parotite) ed attuate le vaccinazioni per i soggetti sieronegativi. Resta da programmare il corso formativo per coloro che rifiutano la vaccinazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G3	Attuazione del Piano regionale della Prevenzione		

Indicatore	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	Atti Direzione aziendale	% >=		34,00%		21,00%		62,00%

Area obiettivi DGR	**2**	**Assistenza territoriale**

Sub-area obiettivi DGR	**2.1**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Settore obiettivi DGR	**2.1**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.1**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**			86%

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15) La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016). Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario: - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obbiettivo ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità	Il monitoraggio dell'offerta e la verifia degli indici di performance è stato puntale e continuativo.E' stato effettuato nel corso del 2016 un costante presidio dell'offerta finalizzato al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard da parte dei distretti. Il Responsabile Unitario dell'Accesso ha verificato puntualmente i volumi di prenotazioni effettuate segnalando a ciascuno degli erogatori le situazioni non conformi o prossime alla saturazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici. Sono stati perfezionati gli strumenti informatici adeguandoli ai contenuti previsti nel disciplinare MAPS 2. Sono state inserite nuove funzionalità nel contesto degli stumenti informatici disponibili funzionali alla comunicazione ai soggetti erogatori delle disponibilità rilevate fuori soglia. Sono stati condivisi con gli uffici risorse strumenti di previsione delle disponibilità non congrue alla domanda nelle singole agende.

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
Indice di performance per le prestazioni di urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	65,00%	65,00%		72,00%
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso, nelle rilevazioni regionali ex ante	fonte MAPS	% >=		90,00%	90,00%	96,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.2**	**Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - monitoraggio DGR377/2016**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Sono state diffuse a tute le articolazioni aziendali delle indicazioni contenute nella dgr 377/16 e nelle successive circolari applicative. Sono state regolate le modalità di inserimento all'interno del sistema cup della mancata presentazione di un utente ad un appuntamento, sono state esplicitate le motivazioni da utilizzare nel sistema cup provinciale quando si rende necessario cancellare/ spostare appuntamenti. E' stata emanata una procedura amministrativa.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di disdette (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		0,00		166.461,00		100,00%
numero di abbandoni (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		75.449,00		56.468,00		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.2.3.3**	**Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa**			85%

Descrizione	Rendicontazione
Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013)	Prosegue la verifica dell'appropriatezza prescrittiva (TAC ed RM ex 704) dei MMG attraverso l'utilizzo del motore semantico e l'analisi della reportistica prodotta. La verifica ha tenuto conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER. Il dato inerente alla appropriatezza prescrittiva delle prestazioni previste nella DGR 704 nel corso del 2016 è migliorato e si colloca al 59,5 su base aziendale. Le prescrizioni dei medici specialisti popolano il motore semantico dal 2017 pertanto il valore di riduzione della prescrizione delle prestazioni oggetto della DGR 704 è da riferirsi alle sole prescrizioni dei MMG. L'obiettivo inerente il contenimento degli indici di consumo relativi a TC e RMN non ha raggiunto il valore atteso del 20%, pur trattandosi di un risultato da considerarsi significativo che conferma un trend in costante diminuzione, con particolare riferimento alle RMN, dal 2012.

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
riduzione Indice di consumo di RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento	% >=		-20,00%		-13,00%		65,00%
Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		59,50%		100,00%
Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016(rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		22,00%		100,00%
riduzione Indice di consumo di TC nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	specifico flusso di riferimento	% >=		-20,00%		-15,00%		75,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.4**	**Prescrizioni e Prenotazione controlli**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.	Sono stari fatti numerosi incontri al fine di consolidare l'attività di riprenotazione interna delle prestazioni prescritte dagli specialisti e sono stati predisposti meccanismi di partizione dell'offerta che consentono alle case della salute una visibilità privilegiata delle prestazioni di controllo in modo da poter garantire la prenotazione ai pazienti cronici (code presidio). Le prescrizioni dei Medici Specialisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma presentano, dopo una prima fase di avvio del sistema della prescrizione dematerializzata un progressivo incremento nel corso dell'anno 2015 ad oggi.

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
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA) (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		105.790,00		141.000,00		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.5**	**Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute**			

Descrizione	Rendicontazione
Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.	Sono stati effettuati incontri con gli uffici risorse distrettuali per poter definire una modalità univoca di strutturazione delle agende. Tale modalità prevede di individuare code specifiche riservate ai controlli e posti prenotabili solo da utenti pre-definiti (code D o code presidio) riservati ai pazienti inseriti in percorsi di presa in carico delle patologie croniche avviate a far tempo da luglio 2016. Per quanto attiene la valorizzazione delle prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche, è stato utilizzato un metodo empirico che riconosce come fonte dei dati, da noi utilizzati, il cup, in quanto consente la tracciabilità del presidio in cui la prenotazione è avvenuta. Per gli anni 2016 e 2015 si è proceduto al calcolo della percentuale di appuntamenti riferibili a pazienti cronici prenotati entro le case della salute rispetto al totale degli appuntamenti riferibili agli stessi pazienti cronici ovunque prenotati.

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
% prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche (rispetto anno 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=				38,00%		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.2.3.6**	**Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015)	In attesa della formalizzazione dei nuovi LEA la verifica ha tenuto conto delle condizioni previste dal DM del 09/12/15 e secondo le indicazioni della RER. Per quanto attiene il monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) è stata prevista l'aggiunta della condizione di erogabilità o di appropriatezza in uno specifico campo, tale inserimento rende possibile ex post la rendicontazione distinta delle prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle che vedono inserita una condizione di erogabilità.

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
Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità	RIT	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.2	Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza

Settore obiettivi DGR	2.2	Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**1.1.6.1**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Prevenzione primaria**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende USL dovranno proseguire nello sviluppo delle Case della Salute ed in particolare garantire l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il PianoRegionale della Prevenzione 2015-2018. Rispetto alla prevenzione primaria, e con riferimento al progetto regionale "Lettura integrata delrischio cardiovascolare" le Ausl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito diForlì), dovranno assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target nell'ambito delle Case della Salute già individuate.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza pag. 8)	Il progetto, avviato nella sua fase operativa (lettera invito agli assistiti) dal 15/03/16 su 4 CdS (una per Distretto) ha superato l'indicatore regionale prevista al 30/06/2016: la chiamata attiva è stata realizzata per il 61,6% degli assistiti coinvolti nel progetto. Al 31/12/2016 si è conclusa la prima fase della chiamata attiva per le 4 CdS coinvolte (Medesano, Colorno, Busseto e Langhirano) con il raggiungimento del 100% delle chiamate attive; si proseguirà secondo gli indirizzi RER per tutto il 2017. Le rendicontazioni sono state fatte puntualmente rispetto alle scadenze definite ed i rappresentanti dell'Azienda hanno partecipato con regolarità ai gruppi tecnici regionali.
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 (vedi Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**1.1.6.2**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Gestione integrata patologie croniche**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto alla gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Ausl dovranno garantire all'interno delle Case della Salute: l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio l'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).	In tutte le Case della Salute attive sono presenti gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità a supporto della gestione integrata delle patologie croniche. In tutte le Case della Salute è attivo il percorso per la gestione integrata del diabete di tipo 2, il percorso di gestione integrata dello scompenso cardiaco è attivo in 7 case della salute; il percorso di gestione integrata della BPCO è attivo presso 1 casa della salute. Il questionario ACIC è stato somministrato, in collaborazione con il Jefferson Medical College, nelle prime 6 Case della Salute attive a Parma dal 2011, attraverso un pilot test, e successivamente riproposto nelle ulteriori 6 Case della Salute attivate nel 2012. E' prevista la somministrazione del questionario PACIC in collaborazione con i Comitati Consuntivi Misti. Nel mese di dicembre presso la CdS di San Secondo è stata ripetuta la somministrazione del questionario ACIC relativo al percorso di gestione integrata del paziente con diabete, registrando una ottima partecipazione dei professionisti coinvolti.

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
Evidenza dell'attivazione degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie	Osservatorio Cure Primarie	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Attivazione di almeno un percorso nelle CSD medie e grandi, degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informatiìvo delle Cure Primarie	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
impiego degli strumenti PACIC e ACIC nelle Case della Salute	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.6.3**	**Case della Salute e continuità dell'assistenza - Presa in carico della Fragilità**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Rispetto alla presa in carico della fragilità, e con riferimento al progetto regionale “Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione”: le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati;	Gli elenchi dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione da alcuni anni, grazie alla collaborazione con il Jefferson Medical College, sono uno strumento in uso ai MMG inseriti nelle Case della Salute e dal corrente anno saranno messi a disposizione di tutti i MMG dell'Azienda, indipendentemente dalla loro collocazione nelle Case della Salute, e sono previsti incontri di presentazione nei NCP non legati alle Case della Salute, che non erano ancora stati coinvolti nel progetto. Un Gruppo di lavoro interaziendale rispetto al "rischio di ospedalizzazione" sta mettendo a punto un progetto riguardante i soggetti con ricoveri ripetuti al fine di creare percorsi comunicativi/operativi tra ospedale e territorio finalizzati ad evitare, nei limiti del possibile, tale situazione.

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
Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano della Prevenzione 2015-2018	Piano della Prevenzione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.2.1	Ospedali di Comunità

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**1.1.6.4**	**Ospedali di Comunità**			91%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende US,L in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040\2015.	L'attività nei posti letto di cure intermedie presso la casa della Salute di San Secondo P.se prosegue regolarmente con la corretta alimentazione del fusso SIRCO; il Responsabile della Casa della Salute partecipa ai lavori del Gruppo Regionale sulla qualità del Sistema Informativo delle Cure Intermedie. L'attività nei posti letto territoriali di lungoassistenza c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro prosegue pur nella complessità di dover in parte supportare la temporanea riduzione dei posti letto ospedalieri e in Hospice per lavori di ristrutturazione nel corso del 2016; prosegue altresì l'alimentazione del flusso SIRCO. La degenza media nel corso dell'anno 2016 dell'Os.Co di San Secondio P.se è stata pari a 22,3 giorni. Per la lungoassistenza di Borgo Val di Taro si evidenzia una degenza media di 23 giorni, valore probabilmente influenzato dalle problematiche sopra evidenziate. Nell'Azienda USL di Parma lo sviluppo delle cure intermedie prevede anche l'attivazione di posti letto nelle strutture residenziali socio-sanitarie (CRA).

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
Degenza media in Ospedale di Comunità di Borgo Val di Taro espressa in giorni(media regionale 20.48)	specifico flusso di riferimento SIRCO	Euro <=		20,00		23,00		85,00%
Degenza media in Ospedale di Comunità di S.Secondo Parmense espressa in giorni(media regionale 20.48)	specifico flusso di riferimento SIRCO	Numero <=		20,00		22,30		89,00%
Corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO (N° di schede scartate sul totale delle schede inviate)	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.3**	**Cure Primarie**

Settore obiettivi DGR	**2.3.1**	**Cure palliative**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**Cure palliative**			85%

Descrizione	Rendicontazione
Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo. Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete. Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obbiettivo individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.1 Cure palliative, pag 9)	Sono stati istituiti gli ambulatori di cure palliative nei quattro distretti provinciali, come previsto dalla DGR 560/2015 e l'attività specialistica per l'ospedale ed il territorio è stata avviata da febbraio 2016. I Presidi aziendali sede di ambulatori per le cure palliative sono 7, comprendenti in totale 13 "agende di ambulatoriale". Nell'anno 2016 sono state effettuate 7.467 prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, prelievi di laboratorio e visite). E' stata prevista una riorganizzazione che prevede lo spostamento di parte dell'attività assistenziale dal DH al DSA. Viene effettuato un monitoraggio sistematico dell'attività erogata nei diversi setting su tutto il territorio provinciale. Sono stati effettuati incontri con i Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie dei quattro distretti, con i MMG e gli operatori sanitari ospedalieri sulla riorganizzazione delle rete ed è stata presentata la nuova attività specialistica in cure palliative. Sono stati altresì organizzati due percorsi formativi integrati promossi dai distretti Sud Est e Parma.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	A6	Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	

Indicatore	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. malati nei quali il tempo max di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domic. da parte della Rete di cure palliative è <= 3 giorni / n. malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		93,30%		100,00%
Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore	specifico flusso di riferimento	% >=		65,00%	77,00%	80,50%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.1.2.1**	**Cure palliative**			85%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	29,00%	29,20%		54,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.2	**Continuità assistenziale – dimissioni protette**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.1.6.5**	**Continuità assistenziale – dimissioni protette**			75%

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 nstabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con iprofessionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.	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 le proposte dei nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia per i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani. 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'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma). Nell'anno 2016 buone performances sono state espresse da Fidenza e Borgo Val di TAro.Nel contempo si sta lavorando per il raggiungimento della completa integrazione tra AOU e AUSL.

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
Numero di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		37,30		75,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.3	Percorso nascita

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.3.4.1**	**Percorso nascita**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)	E' stata garantita l'assistenza alle gravide e alle puerpere da parte delle ostetriche per gravidanze fisiologiche; ove presenti patologie si sono attivati percorsi integrati. I professionisti coinvolti hanno partecipato attivamente ai percorsi di formazione regionale e ai lavori di gruppo della commissione nascita; particolare attenzione è stata posta nella promozione di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita.

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
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare (media regionale 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		62,00%		100,00%
% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare (media regionale 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		22,50%		38,70%		100,00%
Numero gravide assistite dai consultori familiari/ totale parti	specifico flusso di riferimento	% >=		46,00%		52,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.2.2.1**	**Parto - Percorso Nascita**			89%

Descrizione	Rendicontazione
Garantire assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016). Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.3 Percorso nascita, pag 10)	Nel 2016 si è proseguito nella promozione della partoanalgesia e nell'Ospedale di Vaio sono stati espletati 271 parti con analgesia epidurale. Per l'anno 2016, sono stati verificati gli indicatori riportati attraverso dati desumibili dal flusso CedAP . Il tasso di parti cesarei nella classe I di Robson , direttamente desumibile dalla reportistica predefinita CedAP, è pari a 8.8%. L'indicatore percentuale di tagli cesarei primari viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna) e risulta pari a 24,5% per l'Ospedale di Borgo Val di Taro e di 16,3% per l'Ospedale di Fidenza. L'indice della dispersione della casistica in stabilimenti < a 500 parti/anno viene calcolata come percentuale di parti in stabilimento < 500 parti/anno rispetto al n° totale di parti in provincia di Parma e il dato risulta pari a 3,3%; a tal proposito occorre sottolineare come sia in corso un processo di revisione organizzativa del percorso nascita presso lo stabilimento di BVT. La percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) viene calcolata come percentuale di TC elettivi non effettuati rispetto al n° totale di TC elettivi programmati ed è pari a 0,00% sia per l'Ospedale di BVT che per l'Ospedale di Fidenza. La percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno è stata calcolata come percentuale di parti in regime di ricovero in punti nascita > 500 parti/anno rispetto al n° totale di ricoveri per parto in provincia di Parma ed è pari a 96,6%

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
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per SPOKE (valore medio degli spoke con numero parti >1.000)	specifico flusso di riferimento	% <=		6,50%		8,80%		65,00%
Percentuale di tagli cesarei primari per SPOKE	specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		17,20%		85,00%
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		3,30%		100,00%
Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) per SPOKE con numero parti <1.000	specifico flusso di riferimento	% =		0,00%		0,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**	
Obiettivo	**2.2.2.1**	**Parto - Percorso Nascita**				89%

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		96,60%		97,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.4	Salute riproduttiva

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.3.4.2**	**Salute riproduttiva**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).	Sono state messe in atto modalità per favorire l'accesso al consultorio familiare per adolescenti fino a 20 anni in particolare per i ragazzi stranieri. Il sito WEB, espressamente realizzato per questo target di utenza, è stato costantemente aggiornato ed adeguato alle finalità prefissate.Sono state programmate e svolte visite presso istituti scolastici con studenti ed operatori, sono state svolte campagne informative attraverso vari canali mediatici, è stato organzzato l'annuale meeting per i giovani. Va segnalato, comunque, come il minimo differenziale negativo riscontrato ad anno concluso rispetto al 2015, rientra in una fisiologica variabilità di risposta, tipica di questa giovane fascia di età, alle attrattive dei servizi offerti. E' in fase progettuale uno spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti (20-35 anni) e la creazione di un'applicazione per dispositivi mobili dedicato alla tematica in oggetto.

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 incrementale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto al 2015	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	-8,40%	-8,60%		
Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti	Relazione Salute Donna	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.5	Promozione della salute in adolescenza

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.3.4.3**	**Promozione della salute in adolescenza**			

Descrizione	Rendicontazione
Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2015.	E' stata data la disponibilità in modo attivo da parte degli operatori dell'AUSL per gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti attraverso incontri con gli insegnanti e contatti diretti con le scuole, ma purtroppo molte classi non hanno potuto partecipare per criticità interne all'istituto (difficoltà organizzative, errori nelle richieste...ecc.) . ciò ha deteminato un deceremento della percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità pari a -11,30% rispetto al 2015.

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 incrementale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) rispetto al 2015	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%	0,00%	-0,70%		

Settore obiettivi DGR	2.3.6	Percorso IVG

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.3.4.4**	**Percorso IVG**			89%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2016 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.	I consultori familiari hanno garantito la prestazione con le modalità previste dal percorso IVG, rispettando i tempi di attesa, a tutte le utenti che ne hanno fatto richiesta.

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 donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	28,00%	27,70%		89,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.8	Contrasto alla violenza
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.2.1**	**Contrasto alla violenza**			67%

Descrizione	Rendicontazione
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.8 Contrasto alla violenza, pag 12	la Direttiva Regionale 1677/13 “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso” , nel paragrafo 6 , “Raccomandazioni per un percorso organizzativo: ipotesi per lo sviluppo di accordi di livello locale” individua nella CTSS l'organismo che approva gli accordi che definiscono l'organizzazione e l'integrazione tra i nodi territoriali della rete sanitari ed extra sanitari. Nel Maggio 2016 si è attuato con compilazione dell'apposita check list di verifica dell'adozione della direttiva, trasmessa dal Coordinamento regionale contrasto a maltrattamento abuso bambini ed adolescenti della RER. La definizione della modalità di compilazione è stata adottata nel luogo istituzionale di governance locale del sistema integrato dei Servizi Sociali ed AUSL costituito dal “Gruppo Integrazione” composto da Direttori dei quattro Distretti Sanitari, quattro Uffici di Piano e Direzione attività Socio Sanitaria che ne ha il coordinamento insieme alla Provincia di Parma, su decisione della CTSS (vedi lettera di trasmissione delle check list allegata) . Si conferma, ad oggi, la sospensione del Gruppo Tecnico Provinciale Tutela e del Coordinamento Tecnico provinciale Infanzia Adolescenza composto da rappresentanti delle diverse Istituzioni locali: sanitarie, sociali, forze dell'Ordine, AG (TO e TM) . Il monitoraggio è stato effettuato per ogni singolo ospedale (AUSL e AOU) e per ogni singolo servizio territoriale della Tutela Minori di tre Distretti su quattro. Si segnala che in un Distretto era in corso una riorganizzazione degli Enti Gestori i Servizi Sociali recentemente completata che ne ha ridotto il numero da 3 a 2 a decorrere dal 1 Gennaio 2017. Nel Febbraio 2017 si è provveduto alla rendicontazione alla Regione del PRP 2015-2018 , Monitoraggio attività svolta Progetto 3.7 “Maltrattamento e abuso minori: prevenzione, accoglienza e cura” mediante scheda trasmessa dalla Regione. Formazione: nell'ambito dei luoghi istituzionali della governance locale, sono state promosse ed attuate quattro tipologie di eventi formativi che contemplano l'area della prevenzione primaria e secondaria del fenomeno, dell'accoglienza fuori famiglia , riparazione e cura dei minori allontanati e collocati nelle Comunità (ai sensi della Dgr1104) 1. Seminario di formazione e aggiornamento sulla Circ 8 della RER , Vigilanza nelle Comunità, 28 Gennaio 2016 2. Seminario sulla DGR 1904/11: Progetto quadro, PEI e strumenti condivisi. 28 Aprile 2016 3. Violenza domestica e di genere: il contributo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra nella prevenzione e nel contrasto. 1 Ottobre 2016 4. Screening violenza domestica in gravidanza. Il percorso formativo. 2 Dicembre 2016

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**4.1.2.1**	**Contrasto alla violenza**			67%

I seminaria 1 e 2 sono stati organizzati per destinatari in AVEN.
I seminari 3 e 4 hanno avuto come destinatari operatori sanitari di entrambe le Aziende Sanitarie
Nel 2016, ottenuto il mandato politico dei Comitati di Distretto, si è avviato il percorso di stesura degli accordi interistituzionali di livello Distrettuale in 3 Distretti su 4 e di livello Comunale (Comune di Parma-AUSL) relativamente all'Area Tutela Minori, condizioni di pregiudizio, abuso e maltrattamento, recependo le indicazioni delle Dgr 1677/13, 1102/14, 1106/14, Piano della Prevenzione 15-18, scheda 3.7. L'obiettivo è di formalizzare “percorsi sociosanitari integrati, in un'offerta di sistema secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali”. Nell'ambito degli incontri dei gruppi di lavori nominati dai Comitati di Distretto, nell'Ufficio Integrazione che svolge funzioni di supporto alla CTSS, si è proceduto alla analisi delle prassi operative, delle criticità , delle azioni di miglioramento nelle relatà territoriali; si è proceduto alla mappatura ed analisi dei protocolli in essere. Si è avviato il percorso di modifica dei protocolli con riferimento alle citate indicazioni regionali.

Obiettivi Performance	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali	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	Convocazioni atti DASS	Numero >=		1,00		4,00		100,00%
raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori	Atti DASS	Numero >=		1,00		0,00		0,00%
compilazione della check-list regionale	Documento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.9	Assistenza pediatrica
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.7.3.1**	**Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obbiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/ PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi: -Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici -Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.3.9 Assistenza pediatrica Lotta all'antibioticoresistenza pag 12)	Si è provveduto a informare i PLS (nota prot 84197 del 17/11/2015) in merito all'aggiornamento degli applicativi rispetto al gestionale software ProBA sviluppato con il supporto della Regione, coerentemente con le Linee Guida Regionali per la gestione della faringotonsillite e sul fatto che la rendicontazione dei test eseguiti dovrà avvenire con modalità informatizzata funzionalmente al riconoscimento dell'incentivo. E' stato organizzato con AOSPU un seminario "La faringotonsillite acuta e l'otite media acuta in età pediatrica-Linee Guida Regionali" orientato a condividere l'approccio terapeutico più appropriato determinando, conseguentemente, una riduzione della prescrizione di antibiotici e appropriatezza nella scelta delle molecole. Si è registrata una riduzione delle prescrizioni di amoxicillina/clavulanato del 7,7% rispetto al 2015 con il corrispondente , coerente, aumento nelle prescrizioni di amoxicillina di 8%. Le DDD di cefalosporine prescritte sono in diminuzione -11,5% rispetto all'anno precedente. Il tasso di prescrizione degli antibiotici pediatrici passa da 764,71 su 1000 assistiti a 742,39, determinando una riduzione del 2,9%.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Distribuzione ai PLS dei test rapidi rispetto al numero di assistiti	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		100,00%
Promuovere utilizzo applicativo web Proba con erogazione dell'incentivo al raggiungimento dell'obiettivo minimo(num cartelle all'anno per PLS)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		100,00%
Percentuale prescrizione di amoxicillina clavulanato/ amoxicillina (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% <=		97,00%		83,00%		100,00%
Tasso di prescrizioni di antibiotici (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% <=		76,47%		74,23%		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.7.3.2**	**Allattamento**			96%

Descrizione	Rendicontazione
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento contenuto nell'anagrafe vaccinale regionale riducendo la quota di dati mancanti al di sotto del 10% per le aziende che hanno avuto problemi nel 2015 (Piacenza, Modena, Cesena). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. L'efficacia degli interventi verrà misurata a circa tre e cinque mesi di età del bambino.	Tutte le Pediatrie di Comunità Aziendali hanno partecipato alla raccolta dati sull'allattamento al seno attraverso somministrazione di questionario informatizzato sul programma Onit in occasione di prime e seconde dosi di vaccinazione ; la raccolta dati si è svolta da marzo a novembre 2016. L'elaborazione è consentita solo a livello regionale e prevista a marzo-aprile 2017. Si riportano i dati ufficiali a disposizione relativi al 2015 elaborati nel 2016 dalla Regione. La Pediatria di comunità nel 2016 ha partecipato con un Pediatra referente (dott.ssa Bussolati) ad un convegno regionale e ad incontri aziendali per l'organizzazione di iniziative inerenti la tematica in questione (produzione materiale informativo e organizzazione di eventi sul territorio es. giornata del flash-mob)

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 allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(allattamento completo)	specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%	28,00%	28,00%		85,00%
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (allattamento completo)	specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%	52,00%	52,00%		100,00%
Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi(quota di non allattamento)	specifico flusso di riferimento	% <=		32,00%		26,00%		100,00%
Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi (quota di non allattamento)	specifico flusso di riferimento	% <=		23,00%		21,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.10	Formazione specifica in medicina generale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale
Obiettivo	**7.4.2.1**	**Formazione specifica in medicina generale - Percorso e Tutor**			100%

Descrizione	Rendicontazione
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: -La formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); -La definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.	Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento dal titolo: "CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE ". La rete dei tutor sarà ridefinita e formalizzata nel corso del secondo semestre. Nel corso del secondo semestre la rete dei tutor è stata ridefinita ma non ancora formalizzata con atto.

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
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese	Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.1	**Area del Capitale Intellettuale**
Obiettivo	**7.4.2.2**	**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**			100%

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 2016 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)	Nel corso del 2016 i progetti formativi dei quali è stato misurato il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo sono: - Dematerializzazione e Gestore Documentale Babel - Progetto "Intervento a supporto dell'Integrazione di Funzioni di Staff e Tecnico Amministrative Azienda USL/Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma" Il percorso formativo del quale sarà misurata l'efficacia è quello in" Strategie Aziendali e Controllo Direzionale - 2a Edizione".

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
progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	Documenti Formazione	Numero >=		2,00	2,00	2,00		100,00%
progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Documenti Formazione	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.3.11	Valutazione e qualità delle cure primarie

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	**1.1.6.6**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili di NCP**			100%

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. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL. I profili dei NCP rappresentano uno strumento che deve progressivamente diventare, in tutte le Aziende, non solo modalità comune e condivisa di confronto e crescita professionale, ma anche strumento per supportare la gestione delle patologie croniche	In tutti i NCP dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti dei Profili di NCP. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti dei NCP, sono stati organizzati dopo che la RER ha messo a disposizione i dati aggiornati a settembre 2016.

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
progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali	Quest. On Line	% >=		10,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.1.6.7**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Profili dei Pediatri di libera scelta**			100%

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. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL. Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati	In tutte le UPCPD dei Distretti è ormai consolidata la prassi di organizzare incontri (anche strutturati come AUDIT) di confronto e condivisione rispetto ai contenuti del Profilo Pediatrico Distrettuale. Gli incontri, a cui partecipano tutti i professionisti delle UPCPD, saranno organizzati dopo che la RER avrà messo a disposizione di dati aggiornati (in previsione a settembre).

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
progettazione di percorsi di miglioramento	Atti Dir. San.	Numero >=		1,00		1,00		100,00%
organizzazione di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda (solo per le Aziende che non lo hanno fatto nel 2015)	Atti Dir. San.	Numero =		1,00		1,00		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**1.1.6.8**	**Valutazione e qualità delle cure primarie - Osservatorio Cure Primarie**			100%

Descrizione	Rendicontazione
L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure. Dal 2016, l'Osservatorio è significativamente più semplice per la parte relativa ai NCP, mentre è stato integrato con numerose informazioni relative alle Case della Salute Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti sia relativamente all'attività dei NCP che alla organizzazione delle Case della Salute.	L'Azienda USL di Parma ha sempre contribuito alla corretta compilazione dei dati richiesti e partecipato attivamente ai tavoli regionali di condivisione della metodologia della raccolta dei dati. E' stata completata la raccolta dei dati 2016 sia per quanto riguarda l'attività dei NCP che l'organizzazione delle Case della Salute; è stato effettuato un incontro in loco con i Referenti Regionali il 05/10/2016

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
compilazione dati sull'attività dei NCP e dati su organizzazione delle Case della Salute.	Quest. on line	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.4	Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

Settore obiettivi DGR	2.4.1	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**1.4.5.2**	**Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Accesso facilitato percorso Autismo**			100%
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: -Facilitare l'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (centri spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni con sospetto di disturbo dello spettro autistico ,(CHAT positiva o dubbia al bilancio di salute dal 20° al 24° mese) al fine di una diagnosiprecoce e l'avvio tempestivo del trattamento			Tutti i casi sospetti sin qui registrati hanno avuto accesso ai Servizi dedicati nei tempi stabiliti		
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. bambini con sospetto disturbo dello spettro autistico che accede ai servizi entro 30 gg. sul totale	Report Team Autismo	% =		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**1.4.5.3**	**Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018 - Passaggio servizi età adulta**			95%

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	Si e' operato il passaggio dei 15 casi candidati, individuando i Referenti per Autismo in eta' adulta in tutti i CSM, condividendo con loro le azioni per la rivalutazione funzionale dei medesimi. Ad eccezione di una particolare situazione che ha richiesto un iter piu' intenso, in virtu' di un particolare grado di complessita', tutti i casi sono stati regolarmente affidati al Servizio per gli adulti E' stato realizzato uno strumento informatico di cruscotto per monitorare tutti i casi in via di transizione ed in eta' adulta (quindi gia' inviati), che monitora le singole situazioni e le attivita' del loro progetto di cura

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H1	Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso percorsi definiti per la fragilità e la costruzione dei PDTA		

Indicatore	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%		95,00%		95,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.5.4**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Definizione risorse del DSM-SP**			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. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Definire annualmente le risorse che l'Azienda mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute	Nelle schede di budget 2016 sono state puntualmente individuate le risorse messe a disposizione per i budget di salute. L'obiettivo è stato pienamente realizzato. I budget di salute attivati al 31/12/2016 sono 89 e la spesa è di Euro 976.237,02.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale		

Indicatore	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 per l'attivazione dei progetti	Atti DAISMDP	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.4.2	Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.1	Area del Capitale Intellettuale
Obiettivo	**1.4.5.5**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale -Formazione e aggiornamento**			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. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Promuovere azioni di formazione e aggiornamento del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e Terzo settore, con particolare rilevo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti	Nel corso dell'anno 2016 si è dato luogo ad una formazione specifica, svolta all'interno dei seguenti servizi del DAISMDP: CSM, SerT, Residenze, CNPIA, avente per oggetto l'applicazione dello strumento "Budget di Salute" nei diversi contesti: valutazione, progettazione e conseguente valutazione degli esiti, evidenziando criticità e punti di forza. E stato qundi realizzato un ciclo di incontri rivolto al personale di tutti i distretti (6 incontri) a cui sono seguiti due eventi sulla Valutazione dei percorsi fin qui attivati e due incontri sul Coordinamento dei Progetti con BDS.Si e'tenuto in ottobre ed in novembre,un seminario rivolto agli operatori dei servizi aziendali ed agli operatori del terzo settore avente per oggetto la valutazione dei percorsi condivisi. Infine il giorno 11 novembre 2016 si e' tenuto, presso la Casa della Salute Parma Centro l'evento formativo "Budget di Salute - Nel corso del tempo: pratiche e strumenti innovativi", a cura della dr.ssa Ceroni, responsabile della UOS dipartimentale "Trattamenti Psicosociali Intensivi e Integrati". Obiettivo del seminario è rappresentare le esperienze, condividere i saperi, favorire il confronto, contribuire ad accrescere il modello dell'integrazione socio-sanitaria, valorizzando la partecipazione consapevole dell'utenza.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	F1	Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
evidenza di eventi formativi	Atti DAISMDP	Numero >=		1,00		5,00		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**1.4.5.6**	**Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale - UVM e accessibilità al Budget di Salute**			

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. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi: -Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta dall'Azienda Usl e dai Servizi sociali, per l'accesso al budget di salute	Sono stati attivati 6 nuovi progetti di budget di salute, di durata annuale che prevedono una elevata integrazione progettuale da parte di Enti locali e famiglie, è stata valutata dall'UVM. Il dato relativo all'indicatore sotto riportato non è rilevabile in quanto le linee di indirizzo regionali sul budget di salute ne hanno ampliato gli ambiti di applicazione, non trovando una adeguata interfaccia con le UVM.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C5	Promozione dell'utilizzo del Budget di Salute a sostegno dei progetti riabilitativi personalizzati nella salute mentale		

Indicatore	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. valutazioni UVM/n. progetti attivati	Atti DAISMDP	% =		100,00%				

Settore obiettivi DGR	2.4.3	Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**1.4.5.7**	**Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia**			84%

Descrizione	Rendicontazione
La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven. 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.	Nel corso dell'anno 2016 sono stati ammessi presso la REMS 17 utenti e sono stati realizzati 6 PTRI per tutti i dimessi. Alla data del 31/12 risultavano presenti in struttura 10 pazienti. Per 7 di questi sono stati realizzati i PTRI, dei 3 pazienti senza "formale" PTRI, 2 sono in carico a Parma. Per quanto riguarda l'item di performance, la percentuale di quanti pazienti per i quali il PTRI e' stato realizzato entro 45 gg riguarda 5 assistiti su 6 (escludendo l'evaso ed il rientrato da L.F.E.).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	A7	Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP ed attivazione della REMS		

Indicatore	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%		84,00%		84,00%

Sub-area obiettivi DGR	**2.5**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

Settore obiettivi DGR	**2.5**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			82%

Descrizione	Rendicontazione
Monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti). Percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolareattenzione ai bisogni delle persone con disabilità. Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) e FNA. ...(per approfondimenti vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016 allegato B, 2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza, pagina 16)	Come già indicato all'obiettivo 33.1 il Gruppo per l'Integrazione Socio Sanitaria, dietro mandato della CTSS, ha effettuato per il primo semestre 2016 il monitoraggio del Fondo Regionale per la Non autosufficienza relativamente all'assegnazione 2015, ha elaborato la bozza di riparto del FRNA per l'anno 2016, approvata dalla CTSS con decisione n. 1 del 4/08/2016; ha continuato a monitorare i contratti di servizio e l'applicazione della DGR 273/2016 conseguente al completamento del processo di accreditamento definitivo del servizio socio-sanitari. Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo La competenza della programmazione dei servizi socio-sanitari e delle ricadute a livello territoriale è dei Comitati di Distretto, costituiti dai Sindaci dei Comuni che afferiscono al Distretto ed ai Direttori di Distretto. La programmazione rientra nel "Piano delle attività per la non autosufficienza", inserito nel Piano di Zona annuale, che viene approvato d'intesa tra il Comitato di Distretto ed il Direttore di Distretto. L'elaborazione del Piano viene effettuato dall'Ufficio di Piano (ex DGR 1004/2007) costituito congiuntamente dai Comuni del Distretto e dell'Azienda USL attraverso le proprie articolazioni distrettuali. Programmi di ambito distrettuale di continuità assistenziale nei servizi per disabili [...] Gli interventi a favore dei disabili minori sono in carico alla NPI. In tutti gli ambiti distrettuali vengono organizzati servizi a bassa soglia co-gestiti dagli enti pubblici in collaborazione con le associazioni di genitori. Rientrano nella programmazione distrettuale i seguenti progetti: Scuola di autonomia: gestito prevalentemente dalla cooperazione sociale, ha come finalità quella di consolidare percorsi innovativi a sostegno dell'autonomia e dell'inclusione sociale delle persone disabili (in particolare adolescenti e giovani adulti) attraverso forme protette di convivenza secondo un'ottica di tipo famigliare. Vengono anche programmati week-end con permanenza notturna anche per persone con forti limiti dell'autonomia per sperimentare il distacco dalla famiglia; Case ritrovate: risponde alle indicazioni fornite dalla Regione di sperimentare nei territori interventi di sostegno alla domiciliarità a favore di persone con disabilità per allontanare il più possibile il rischio di istituzionalizzazione. Si tratta di progetti che sono gestiti da associazioni e dalla cooperazione sociale in collaborazione con l'ente pubblico. Si tratta di progetti in cui più disabili vivono in un ambito "normale" una vita autonoma dalla famiglia (che resta, comunque, fondamentale punto di riferimento e protagonista della progettazione). Durante le ore diurne le persone frequentano laboratori socio-occupazionali o sono inserite in percorsi lavorativi;

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			82%

Week-end solidali: vengono sperimentate soluzioni innovative in collaborazione con le associazioni del territorio, il volontariato e la cooperazione sociale per promuovere l'autonomia, l'integrazione sociale e la vita indipendente. È stato individuato un comitato di progetto che ha definito le strategie ed i percorsi per la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei ragazzi disabili, delle famiglie e dei servizi della rete;
Una strada per crescere: si tratta di un percorso di affiancamento alle reti familiari delle persone con disabilità. Il progetto ha come finalità quella di creare sinergie con i familiari, l'Associazionismo e la Cooperazione sociale per promuovere percorsi di auto mutuo aiuto e opportunità per il Dopo di Noi;
Gocce di sport: si tratta della terza edizione del progetti, nato dalla collaborazione tra Enti locali e Associazione UISP. È rivolto a ragazzi ed adulti disabili per una riscoperta della sport come opportunità di socializzazione, oltre ad offrire un miglioramento del benessere psico-fisico personale. Le diverse attività assicurano non solo benefici derivanti dal lavoro fisico, ma anche un significativo contributo al sostegno dell'autonomia, dell'autostima e della consapevolezza di essere parte di un gruppo con il quale si possono condividere le difficoltà.
FNA
La Regione Emilia Romagna con delibera di giunta n. 2303/2016 del 21 dicembre 2016 ha approvato il "PROGRAMMA ATTUATIVO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI PREVISTI NELL'AMBITO DEL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE. ANNO 2016. ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE USL."
I Distretti, unitamente agli Uffici di Piano, hanno così potuto imputare sul FNA la spesa per gli interventi a sostegno della domiciliarità dell'area anziani, disabili gravi e gravissimi nel rispetto di quanto indicato nell'atto regionale, vale a dire il 40% per i servizi a favore delle persone con gravissima disabilità ed il restante 60% per le tipologie di servizi specificati dalla Regione con il proprio atto.
Successivamente, i Distretti e gli Uffici di Piano hanno provveduto ad aggiornare nel programma informativo online CUP 2000 la rendicontazione degli interventi - con la relativa spesa - effettuati a favore delle persone non autosufficienti, come richiesto dalla stessa Regione.
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica
In considerazione del fatto che la Regione ha approvato le linee integrative del Piano delle Azioni con delibera n. 1003 del 28/06/2016, si è solo potuto procedere ad un primo approccio della tematica, attraverso la verifica con i referenti dell'area della disabilità dei quattro Distretti dello

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**4.1.2.2**	**Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**			82%

stato dell'arte e dei bisogni individuati dal territorio.
Si è inoltre proceduto a raccogliere documentazione in merito ad esperienze già presenti in altre Regioni che sono state oggetto di un primo confronto sempre con i referenti distrettuali dell'area disabili.
Si è inoltre proceduto ad un primo confronto il Direttore dei Presidi Ospedalieri aziendali portando alla sua attenzione quanto richiesto dalla Regione.
L'azione proseguirà nel corso del 2017.

Obiettivi Performance	E6	Monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA, e FSR	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
Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo(rispetto a tot giornate annue in CRA)	Documento	% >=		1,50%		0,70%		47,00%
Programmi di ambito distrettuale di continuità ass. nei servizi per disabili minori e adulti in coll. con Enti locali e Assoc. di persone con disabilità e di sper. di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili (sul numero dei distretti)	Documento	% >=		50,00%		100,00%		100,00%
Corretto utilizzo del FNA e rispetto del limite % di utilizzo delle risorse per le persone con disabilità gravissime	Documento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica	Documento	Sì/No		Sì		No		

Sub-area obiettivi DGR	**2.6**	**Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari**

Settore obiettivi DGR	**2.6**	**Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**5.9.2.1**	**Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere -Aspetti Organizzativi**			100%

Descrizione	Rendicontazione
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 2016, si segnalano gli obiettivi, concordati con i responsabili di programma salute nelle carceri, riferiti a Aspetti organizzativi: - Carta servizi: tutte le Aziende USL devono averla specifica per la sanità penitenziaria. - Protocollo prevenzione rischio suicidario - Valutazione incompatibilità salute/detenzione	Per quanto riguarda lal carta dei Servizi è stata deliberata a fine anno. Il Protocollo rischio suicidario è attivo dal dicembre 2015: la presa in carico dei soggetti a rischio avviene atttraverso un gruppo multidisciplinare costitutio da operatori sanitari, operatori della Polizia Penitenziaria ed operatori dell'area trattamentale . L'Equipe salute engli II.PP. ha un medico legale che redige assieme al responsabile di reparto e di settori eventuali richieste di compatibilità/incompatibilità in merito a condizioni sanitarie.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari"

Indicatore	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 detenuti valutata dal collegio medico-legale sul totale dei detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo	specifico flusso di riferimento	%		100,00%		100,00%		100,00%
Definizione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Sottoscrizione del protocollo per il rischio suicidario	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**5.9.2.2**	**Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari - Case di promozione e tutela della salute in carcere- Prevenzione e promozione della salute**			71%

Descrizione	Rendicontazione
Prevenzione e promozione della salute: - Effettuazione screening HIV - Offerta screening oncologici: alla popolazione femminile devono essere offerti gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali; a tutta la popolazione detenuta >= 50 anni va offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto. - Pianificazione dell'attività di promozione della salute in collaborazione col promotore di salute -PAI (Piano Assistenziale Individuale) Per l'anno 2016, dovrà essere inoltre posta particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.	Gli screening HIV sono effettuati a tutti i nuovi giunti entro 14 giorni dal loro arrivo. Il Carcere di Parma è un carcere maschile per cui gli screening effettuati sono solo quelli del colon retto a cui tutti i detenuti sopra i 50 anni vengono sottoposti. Il Promotore della salute effettuano due volte alla settimana nelle varie sezioni sedute di educazione ed informazione sanitarie alla popolazione detenuta. Sono anche coinvolti nella spiegazione ed acquisizione del consenso per le vaccinazioni. Alla luce del turn over che ha coinvolto quasi il 100% degli operatori sanitari non è stato possibile fare una formazione specifica sulla base della Circolare 15 del 2012, e ciò ha determinato una non completa compilazione del PAI in tutta la sua completezza : le schede anche se compilate parzialmente, sono state scartate dal sistema di conteggio. Per quanto riguarda gli screening HIV il dato rilevato pari al 36% è dovuto a motivi legati a spostamenti o scarcerazioni dei detenuti non previsti ne prevedibili disposti dall'amministrazione penitenziaria e pertanto non è stato possibile garantire l'effettuazione dei test HIV a tutti i nuovi giunti.

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari"

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. di interventi info-educativi realizzati nell'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		3,00		100,00%
effettuazione del PAI	UO Salute Istituti Penitenziari	% >=		80,00%		8,00%		10,00%
n. nuove persone detenute nell'anno per >= 14 giorni screenate per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per >= 14 giorni	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		36,00%		45,00%
n. persone detenute >= 50 anni alle quali e stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute >= 50 anni presenti	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
attivazione gruppi tra pari	UO Salute Istituti Penitenziari	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.7	Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Settore obiettivi DGR	2.7.1	Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**5.4.2.1**	**Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016**			

Descrizione	Rendicontazione
Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, rispetto al 2015, dovrà non superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015".Tabella 1 - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)(per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.1 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 18)	La spesa farmaceutica convenzionata netta dell'Azienda USL di Parma è stata pari a 46.392.849,5 € con una riduzione del 3,95%, corrispondente ad una spesa convenzionata procapite di € 105,09

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

Settore obiettivi DGR	2.7.2	Assistenza farmaceutica convenzionata

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.4.2.2**	**Assistenza farmaceutica convenzionata**			

Descrizione	Rendicontazione
L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. É richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di farmaci; in particolare si chiede: -il contenimento del consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno ....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 18)	E' proseguita l'attività di promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto a tutti i medici prescrittori. La percentuale di DDD farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte 81,9 % I l consumo di PPi è stato pari a 52,83 DDD 1000 ass.pesati die, il consumo dei sartani a brevetto scaduto sul totale dei sartani = 87,4 % . E stato presentato il pacchetto informativo sulla vitamina D in alcuni NCP Sono stati fatti 65 incontri individuali con MMg , 19 incontri di NCP e 7 incontri distrettuali. Durante gli incontri di distretto è stato affrontato l'argomento della deprescrizione degli inibitori di pompa protonica e l'uso appropriato degli antipsicotici nella popolazione anziana.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B3	Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti (generici), biosimilari e farmaci a brevetto scaduto secondo gli indirizzi 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

Settore obiettivi DGR	2.7.3	Acquisto ospedaliero di farmaci
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.3**	**Acquisto ospedaliero di farmaci**			

Descrizione	Rendicontazione
Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC. Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni: - adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto; -adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni: - epoetine il 60% - ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa - anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole - insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati; - introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica....(vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata, pag 19)	Diffusione mensile ai medici ospedalieri delle raccomandazioni regionali contenenti le linee di indirizzo d'uso dei nuovi farmaci oncologici elaborate dal GreFO. Avvio dell'attività di monitoraggio in base alle nuove indicazioni regionali per il rispetto delle previsioni concordate con i clinici. Il consumo di di penicilline associate a inibitori delle betalattamasi nel 2016 ha registrato un calo dell' 1,2% rispetto allo stesso periodo del 2015, mentre i fluorochiniloni una riduzione del 9,83%. In ambito pediatrico la riduzione nel 2016 vs 2015 dei consumi di cefalosporine è stata dell' 11,5% e di macrolidi è stata dell0 0,9%. Il numero di nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con NAO per Fanv nel 2016 è stato pari a 1302. La prescrizione dell'associazione tra bifosfonato e vitamina D nel 2016 ha registrato un calo del 4% rispetto allo stesso periodo del 2015. In relazione all' impiego dei biosimilari a) epoietine)53,7%; nonostante la carenza del biosimilare aggiudicatario della gara, sono stati reggiunti valori elevati. b) ormone della crescita : 90% su pazienti nuovi, ad esclusione delle prescrizioni provenienti da fuori regione c) anti TNF alfa (solo gastroenterologia dell' ospedale di Vaio) 30% Biosimilare reumatologia appena uscito Decade l' obiettivo del biosimilare dell' insulina glargine, in quanto la gara è stata aggiudicata all' originator, per prezzo inferiore.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B2	Applicazione Linee Guida/Raccomandazioni Regionali nelle specifiche aree individuate dalla Regione		

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.3**	**Acquisto ospedaliero di farmaci**			

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

Settore obiettivi DGR	2.7.4	Adozione di strumenti di governo clinico

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.4.2.4**	**Adozione di strumenti di governo clinico**			

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. Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori: -dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. .... Al fine di sensibilizzare il personale sanitario sulla vigilanza dei dispositivi medici e sugli obblighi di segnalazione degli incidenti con dispositivi medici, le Aziende sanitarie devono programmare, per il 2016, attività di formazione su tale tema (per approfondimenti vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci, pag 21)	E' stato incrementato il monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci non ricompresi nel Prontuario Regionale al fine di sensibilizzare i clinici ad attuare il processo di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica , favorendo così le prescrizioni di farmaci del PTR in continuità terapeutica H - Territorio. Monitoraggio delle prescizioni dei farmaci erogabili con piani terapeutici disponibili nella piattaforma sole.

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
% di ADR inserite nella piattaforma web “VigiFarmaco” sul totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	% >=			38,00%	42,00%		

Settore obiettivi DGR	2.7.5	Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.2	Area della Produttività delle Risorse
Obiettivo	**5.4.2.5**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Flusso Di.Me.**			100%

Descrizione	Rendicontazione
La Legge 125/2015 ha introdotto il meccanismo del payback, ossia la compartecipazione delle imprese fornitrici al ripiano dello sforamento del tetto di spesa prefissato (pari al 4,4% del finanziamento statale del SSN nel 2015), in misura pari al 40% nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a partire dal 2017. La spesa regionale dei dispositivi medici rilevata nel flusso Di.Me. per l'anno 2015 è stata pari a circa 374 milioni di €, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente. Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2015, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, superando ampiamente la soglia limite dell'indicatore LEA per la valutazione della qualità del flusso (65%). Appare tuttavia ancora critica la rilevazione nel flusso Di.Me. dei consumi dei dispositivi medici diagnostici in vitro e dei dispositivi per l'assistenza integrativa e protesica. L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i consumi dei dispositivi medici, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato e monitorare il grado di adesione delle Aziende sanitarie alle gare di acquisto centralizzate. In particolare si richiede di migliorare la completezza del flusso reativamente ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).	Nel corso del 2016 si è iniziato ad inserire nelle anagrafiche dei prodotti il codice RDM anche per i diagnostici in vitro (IVD), ai fini della corretta rilevazione dei consumi attraverso il flusso Di.Me. In particolare la copertura delle referenze ha raggiunto la percentuale del 23,5% (219 su 940), valore determinato dal fatto che la maggior parte degli IVD è risultato privo di registrazione nella banca dati DM, precludendo così il conseguimento della totale copertura. Relativamente ai prodotti per l'assistenza integrativa e protesica distribuiti sul territorio, non si rilevano particolari criticità sulla completezza dei dati del flusso Di.Me. per quanto riguarda l'indicatore " Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico" sono disponibili i dati riferiti al periodo gennaio-settembre 2016 (9 mesi).

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
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.6**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici**			98%

Descrizione	Rendicontazione
Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015. 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; per le aziende il cui valore 2015 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una riduzione della spesa.Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di non incrementare la spesa rispetto al 2015	In riferimento al "progetto Bersaglio", per quanto riguarda l'anno 2016 in rapporto all'anno 2015, si si evidenzia quanto segue: - la spesa generale ospedaliera è diminuita, passando da 8.305.736 € a 8.217.295 € - la spesa ospedaliera per guanti non chirurgici è diminuita, passando da 95.292 € a 93.912 € - la spesa ospedaliera per suturatrici meccaniche è diminuita, passando da 164.050 € a 141.308 € - la spesa ospedaliera per dispositivi per elettrochirurgia è diminuita, passando da 186.908 € a 133.614,4 € - la spesa ospedaliera per siringhe è diminuita, passando da 42.765 € a 42475 €. - Relativamente ai dispositivi con meccanismo di sicurezza in ambito ospedaliero, si è proceduto con l'implementazione delle forniture, con un incremento da 142.420 a 170.499 pezzi (+ 19,7%) - Terapia a pressione negativa: utilizzo monitorato in rapporto alle indicazioni regionali. Eseguiti 7 trattamenti, conformi alle linee-guida; corretta compilazione della modulistica prevista.

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
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		38,92		30,59		100,00%
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		402,83		392,37		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.6**	**Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici - Riduzione spesa dispositivi medici**			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
Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		1,08		1,15		94,00%
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=						
Spesa suturatrici meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità(rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Euro <=		25,46		22,53		100,00%

Settore obiettivi DGR	**2.7.6**	**Attuazione della LR 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**5.4.2.7**	**Attuazione della LR 2/2016 “Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali”**			

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

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

Area obiettivi DGR	**3**	**Assistenza ospedaliera**

Sub-area obiettivi DGR	**3.1**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

Settore obiettivi DGR	**3.1**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.1**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati**			94%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per l'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali. Il Progetto prevede fin da subito l'individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa. Il piano prevede l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. E' prevista una deliberazione regionale per l'omogeneizzazione dei criteri in tutte le aziende Sanitarie del territorio regionale .	Il progetto è stato seguito e si è partecipato agli incontri specifici di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), all'uopo organizzati dall'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali e con il RIT aziendale per quanto concerne l'informatizzazione delle agende di prenotazione. Ai sensi della delibera di Giunta Regionale n. 272 del 13 marzo 2017 il Responsabile Unico Aziendale per la gestione del Progetto SIGLA è stato individuato nei tempi definiti. L'ufficio sede dell'attività di monitoraggio e controllo dei tempi di attesa è l'Ufficio Ricoveri del Presidio Ospedaliero aziendale, presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza.

Obiettivi Performance	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (entro la classe di priorità segnalata)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		70,00%		78,00%
Confronto dei % volumi Sigla –SDO (entro fine 2016)	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		80,00%		100,00%
Individuazione del Responsabile Unico aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016	Atti Dir San	Sì/No		Sì		Sì		
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Atti direzione sanitaria	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.1**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati**			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
Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**2.1.2.2**	**Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero - Ricoveri programmati**			77%

Descrizione	Rendicontazione
Nell'ambito delle prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono individuate quelle che sono erogate negli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale, con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna.	Tra le prestazioni di ricovero soggette a monitoraggio, sono state individuate quelle erogate presso gli ospedali del Presidio Ospedaliero Aziendale; con riferimento agli indicatori proposti dalla Regione Emilia Romagna, ne sono stati calcolati retrospettivamente i tempi di attesa e si è proceduto ad una loro analisi ed aggiornamento, che ha portato ad una riduzione dei tempi di attesa inizialmente stimati. Il processo avviato porterà a dei significativi miglioramenti dal 2017.

Obiettivi Performance	C2	Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore all'utero (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		82,00%		91,00%
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore del colon-retto (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		71,00%		79,00%
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per il tumore della prostata (entro 30 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		67,00%		74,00%
Calcolo dei tempi di attesa dai dati retrospettivi della SDO per la protesi d'anca (entro 180 gg)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		58,00%		64,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.2	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Settore obiettivi DGR	3.2	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	Dimensione della Produzione	Area Performance	3.1.1	Area dell'Efficienza dei Processi
Obiettivo	**2.1.2.3**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - completamento del riordino della rete ospedaliera, indicazioni DGR 2040/2015**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere all'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità. In particolare dovrà essere completato il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015.	L'Azienda USL di Parma ha deliberato, con Delibera N.1006 del 30.12.2016 il recepimento del documento "Programmazione integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma AUSL di Parma" con protocollo N.3582 del 19/01/2017, già approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS). Con detto documento sono state definite le riconversioni di posti letto in attuazione della DGR 2040/2015.

Obiettivi Performance	A1	Riqualificazione della rete ospedaliera provinciale	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
Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 (Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.4**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DGR n. 463/2016 Conversione in regime ambulatoriale day hospital oncologici**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'anno 2016 dovrà essere data piena applicazione ai contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia- Romagna". Su questo tema le Aziende devono far pervenire entro Ottobre 2016 alla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare le modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016.	In entrambi gli Ospedali del PO Aziendale è stata conclusa la fase progettuale per il passaggio della gran parte delle attività di day hospital oncologico in regime di day service. L'Azienda USL di Parma ha attuato la DGR 463/2016, convertendo in Day Service Ambulatoriale (DSA) 6 posti letto su otto a Fidenza ed 1 su 2 a 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
Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016 entro il 2016	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.5**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital**			100%

Descrizione	Rendicontazione
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, occorre perseguire il rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati.	Gli andamenti del primo semestre sono congruenti con gli obiettivi di produzione necessari per rasggiungere i valori soglia. Si è proceduto nel corso del 2° semestre 2016 allo smaltimento delle liste di attesa e quindi il dato risulta fortemente condizionato da tale tempistica.(In particolare per quanto riguarda il numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno : Fidenza n.239 e Borgotaro n. 60)

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
colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		76,00%		100,00%
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		73,00%		100,00%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa di Ortpedia e Traumatologia dell'Ospedale di Fidenza all'anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		158,00		100,00%
numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa all'anno (indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		299,00		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.6**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - DM 70/2015 e DGR 2040/2015 : trasferimento di definite classi di patologie di prestazioni chirurgiche trattate in regime ordinario verso regime ambulatoriale o day hospital**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. Definizione di criteri omogenei a livello di rete ospedaliera provinciale per il trasferimento di interventi chirurgici erogati in regime ordinario day-surgery al regime ambulatoriale.	Il Coordinatore Aziendale dei Controlli Sanitari ha concordato con le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate della rete provinciale, criteri omogenei per incrementare le tipologie di interventi chirurgici trasferibili dai regimi di ricovero ordinario e diurno ai regimi ambulatoriali. Inoltre ha concordato con strutture del provato accrediatato, per alcune tipologie di interventi erogabili in regime ambulatoriale, la remunerazione a tariffa ambulatoriale dell'intervento, anche se erogato in regime di ricovero diurno, quando la tariffa ambulatoriale è ridotta rispetto a quella in regime di ricovero. Complessivamente la rete ospedaliera provinciale ha risposto in modo positivo alle necessità di riconversione di attività nei setting erogativi più appropriati.

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
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario (griglie LEA)	specifico flusso di riferimento	% <=		0,21%		0,15%		100,00%
Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 (rispetto al 2015)	specifico flusso di riferimento	Numero <=		0,50		0,42		100,00%
Concentrazione degli interventi chirurgici per neoplasie della mammella presso la Breast Unit di Azienda Opsedaliero-Universitaria di Parma ed Accordo per la mobilità dei professionisti e dei pazienti dei pazienti dall'Ospedale di Fidenza all'Hub prov.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Relazione del Responsabile Aziendale dei Controlli Sanitari	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.7**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso**			100%

Descrizione	Rendicontazione
….Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale..(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero, pag.27)	Il sistema dei Cruscotti Provinciali dei ricoveri in acuzie (Ricoveri diretti da PS di AOUPR ed AUSL agli Ospedali Privati Accreditati) e dei ricoveri psichiatrici (Utilizzo dell'Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia) sono stati manutenuti ed aggiornati, incrementando i volumi. Nei periodi con picchi di richieste, le Direzioni Sanitarie di Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e di Azienda USL di Parma hanno collaborato fattivamente per ottenere il maggiore possibile supporto dalle strutture del privato accreditato e per aumentare il "filtro" dei Medici di Medicina Generale.

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
contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.8**	**Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero - STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna. L'Azienda capofila per il territorio di Parma e Piacenza è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. L'AUSL di Parma partecipa al gruppo di lavoro permanente ed attua i dispositivi di carattere interprovinciale, a livello del Presidio Ospedaliero Aziendale.	I Gruppi di Lavoro interaziendali per la redazione delle procedure STAM e STEN hanno terminato l'elaborazione dei rispettivi documenti, con la partecipazione fattiva dei componenti designati dall'AUSL di Parma. Le procedure interaziendali sono state recepite dall'Azienda USL di Parma con la Deliberazione n. 959 del 30.12.2016.

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
Entro fine 2016 delibera in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Partecipazione al gruppo di lavoro permanente interprovinciale coordinato da AOU PR	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.3	Attività trasfusionale

Settore obiettivi DGR	3.3	Attività trasfusionale
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.1	Area della Centralità del Paziente
Obiettivo	**2.1.2.9**	**Attività trasfusionale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori. Il quadro normativo cui si fa riferimento è il seguente: DM 70/2015, Delibera 2040/2015 ed il SM 2/11/2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” In particolare il DM 2/11/2015 focalizza l'attenzione in modo puntuale su elementi relativi alla sicurezza del paziente, con particolare riferimento a strumenti organizzativi ed informatici che riducano il rischio di errore ABO. E' mandatario poi continuare a garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta a fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emeocomponenti. L'AUSL di Parma partecipa al sistema sangue provinciale con i propri ospedali dotati di frigoemoteca.	Gli Ospedali a diretta gestione dell'AUSL di Parma si sono dotati dei braccialetti identificativi dei pazienti, sia ai fini generali della sicurezza, sia per lo specifico delle nuove norme che regolano le modalità di effettuazione in sicurezza della trasfusione di sangue. Una nuova procedura per la gestione del sangue e degli emocomponenti, che attua i dispositivi di cui al DM 2 novembre 2015, è stata redatta da apposito gruppo di lavoro aziendale e corretta con le osservazioni del SIMT di Azienda Ospedaliero - Universitaria, competente per tutto il territorio provinciale. Detta procedura è stata emanata il 29.12.2016. La rendicontazione delle altre attività è posta in carico direttamente al SIMT.

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
braccialetto identificativo del paziente (applicare quanto previsto nel DM 2/11/2015)	Atti Dir. San.	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	**3.4**	**Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

Settore obiettivi DGR	**3.4**	**Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**2.1.2.10**	**Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**			100%

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda USL di Parma partecipa al sistema regionale DONOR-ACTION con una attività di procurement di tessuti e con l'attività di prelievo di cornee. E' individuato un coordinatore locale per le predette attività, che svolge anche direttamente le attività di prelievo di cornee.	Il Coordinatore locale dell'AUSL di Parma ha perseguito in modo coerente ed adeguato gli obiettivi assegnati dal "Donor Action". Si segnala che l'Ospedale di Fidenza, a fronte di un obiettivo cornee di 21, ha prelevato 36 cornee, con un saldo positivo di +15.

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
Sviluppo percorsi aziendali per raggiungimento di un num di donazini multi-tessuto >=2%(anno prec.) con età compresa tra i 15 e 78 anni (come da indicazioni CRTER)	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Report con percorso aziendale d'identificazione in PS e successivo monitoraggio di tutti i pz con lesioni cerebrali severe in reparti non intensivi da trasmettere(CRTER)	P.O. Aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)	P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Sviluppo di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un umero di donazioni di cornee pari all'obiettivo regionale con età compresa tra 3 e 80 anni	P.O. AZIENDALE	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.5	Sicurezza delle cure

Settore obiettivi DGR	3.5	Sicurezza delle cure
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	Dimensione della Qualità	Area Performance	3.2.2	Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza
Obiettivo	**6.4.2.1**	**Sicurezza delle cure - programma aziendale ed eventi sentinella**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)	Il piano programma triennale per la gestione del rischio è stato completato e comprende, considerato il lieve ritardo con il quale sono state emanate, il recepimento delle prime indicazioni delle nuove linee di indirizzo regionali per le cadute. La deliberazione di recepimento è la 964 del 30/12/2016 ed appunto contiene un allegato relativo ai nuovi piani di lavoro sulle cadute per i quali sono stati individuati i due referenti aziendali che organizzeranno il percorso formativo aziendale. Relativamente alla prevenzione delle reazione da incompatibilità trasfusionale è stata emessa la nuova procedura integrata interaziendale (AUSL-AOSP) che recepisce i contenuti del D.M. 2/11/2015 in merito di tracciabilità delle trasfusioni e di sicurezza nell'utilizzo degli emocomponenti

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
Check list Sala Operatoria: assolvimento del debito informativo assolto	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
presenza di piano programma deliberato	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella ed azioni di miglioramento	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.2**	**Sicurezza delle cure - raccomandazione per la sicurezza delle cure e prevenzione cadute**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie e attivare il percorso organizzativo per rendere operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.5 Sicurezza delle cure, pag 29)	Le procedure aziendali contenevano già quanto previsto dalle linee di indirizzo. Le raccomandazioni sono state verificate e è stato risposto al questionario AGENAS/Regione per il loro rispetto: la regione ha validato definitivamente il materiale inviato alla fine del dicembre 2016.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D2	Monitoraggio procedure di applicazione raccomandazioni su allontanamento del paziente, gestione clinica farmaco e cadute, prevenzione reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, atti di violenza nelle strutture sanitarie (su operatore/ paziente)		

Indicatore	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 delle procedure aziendali sulle cadute in base alle lineedi indirizzo	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
presenza di specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.6	118 e Centrali Operative

Settore obiettivi DGR	3.6	118 e Centrali Operative
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.4	Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	Area Performance	3.4.2	Area del Capitale Organizzativo
Obiettivo	**5.3.3.1**	**118 e Centrali Operative- Protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico art. 10 d.p.r. 27-3-1992 aggiornati alla DGR 508/2016.**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.	Tali protocolli verranno applicati in toto dopo realizzazione del percorso formativo attualmente elaborato dalla Commissione Regionale ristretta (di cui si fa parte). I corsi avranno inizio nel marzo 2017. L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni possibili ai fini del raggiungimento dell'obiettivo.

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
Entro il 31/12/16 tutti i protocolli dovranno essere adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti trasmessi ai competenti uffici regionali	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**5.3.3.2**	**118 e Centrali Operative - attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118**			

Descrizione	Rendicontazione
L'Azienda dovrà garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con Azienda USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).	L'interoperabilità tra le Centrali è sancita da atti documentali che ne disciplinano l'operatività, già condivisi con le altre centrali operative. E' stato predisposto il piano formativo finalizzato all'addestramento vicariante per completare le fasi di Stage reciproco del personale tra le Centrali che sarà attuato non appena saranno rese disponibili le risorse professionali necessarie. I corsi avranno inizio nel marzo 2017. L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni possibili ai fini del raggiungimento dell'obiettivo.

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
Effettiva messa in funzione di interoperabilità entro il 2016	in atti a Direzione Sanitaria	Sì/No		Sì		No		

Area obiettivi DGR	**4**	**Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa**

Sub-area obiettivi DGR	**4.1**	**Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA**

Settore obiettivi DGR	**4.1.1**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.1**	**Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui). Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014. A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato.	L'Azienda da diversi anni si è contraddistinta per una tempestività di pagamento delle forniture di beni e servizi di riferimento nel panorama delle aziende sanitarie regionali. La tempistica, che a fine 2015 si è consolidata complessivamente in circa 85 giorni, si sta ulteriormente riducendo soprattutto per effetto dell'aniticipazione a 60 gg del pagamento degli ospedali privati e degli stabilimenti termali, in precedenza liquidati a 90 gg. Per un perfetto allineamento alla scadenza media di 60 gg occorre, nella seconda metà dell'anno, rivedere talune procedure di liquidazione interna nell'area del cd Socio-Sanitario e della Specialistica Accreditata, mentre non sussistono problemi particolari per le restanti forniture di beni e servizi. I debiti informativi nei confronti del Collegio Sindacale sono stati puntualmente rispettati. L'allineamento all'obiettivo dei 60 giorni è progressivamente stato perseguito nel corso dell'anno e a fine 2016 l'indicatore si è assestato a 56 giorni. L'obiettivo pertanto è stato raggiunto. Si precisa che sono stati aggiudicati i 2 mutui autorizzati dalla Regione a copertura degli interventi indicati nel piano triennale degli investimenti, che verranno ammortizzati a decorrere dal 1° luglio 2017. Gli indicatori di tempestività dei pagamenti sono regolarmente resi disponibili sul sito Amministrazione Trasparente e riportati in sede di bilancio d'esercizio.
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
Indice di tempestività dei pagamenti (espresso in giorni)	Raport dedicato	Numero <=		60,00	73,00	56,00		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.2	Il miglioramento del sistema informativo contabile

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**7.1.2.2**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - Corretta compilazione schemi bilancio**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso: -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.	Le rendicontazioni periodiche CE 2016 sono state regolarmente compilate e trasmesse, così come quelle di fine esercizio 2015 CE, SP ed LA sono state regolarmente inserite nei tempi previsti nel corso del 2016; le rendicontazioni di fine 2016, parimenti, verranno inserite nei tempi previsti. In sede di redazione del bilancio d'esercizio, 2016, poi, sono state seguite in modo più puntuale le indicazioni regionali per la compilazione degli schemi economici e patrimoniali.

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
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	Raport dedicato	% >=		90,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.3**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.	La Piattaforma Web è stata correttamente alimentata e i relativi valori sono stati costantemente concordati con le aziende sanitarie corrispondenti.

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 della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	Raport RIT	% =		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.2.1**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - Contabilità analitica**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Per quanto riguarda la contabilità analitica, le Aziende USL devono garantire nel 2016, anche mediante l'aggiornamento del piano dei centri di costo/ responsabilità aziendale, la corretta rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alla DGR 291/2010), nel rispetto delle Linee guida COAN regionali in modo da consentire analisi e valutazioni circa le risorse impiegate nell'ambito di tali strutture.	Il piano dei centri di costo aziendale è costantemente aggionato e collegato con quello regionale. Perquanto riguarda le Case della Salute sono attivati i centri di costo che rispecchiano l'attività svolta al loro interno, facendo riferimento anche all'esperienza del gruppo di lavoro regionale al quale si è partecipato.

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
Avvio alimentazione	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.1	**Area dell'Efficienza dei Processi**
Obiettivo	**7.3.2.2**	**Il miglioramento del sistema informativo contabile - contabilità analitica e ricavi presidio ospedaliero**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Sulla base di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016 (Applicazione, a decorreredal 2017, delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547 – Piani di rientro – ai Presidi a gestione diretta delle Aziende Usl) e in vista della proposta ministeriale di un nuovo modello CP (Conto economico del Presidio) per la rilevazione dei costi e dei ricavi dei presidi ospedalieri utile alla determinazione dello scostamento gestionale previsto dalla Legge di Stabilità, si invitano le Aziende a prestare particolare attenzione nel 2016 all'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero.	A seguito della riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale è stato ridefinito il piano dei centri di costo del presidio stesso. L'imputazione dei costi è stata eseguita correttamente tenendo conto del nuovo modello. Per quanto riguardo i ricavi sono già attribuiti i ricavi propri (ticket pronto soccorso, libera professione) mentre solo in sede di chiusura sarà possibile ripartire la quota capitaria di competenza analizzando i punti DRG prodotti.

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 contabilità analitica ricavi presidio	Docuemntale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.3	Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**7.1.2.4**	**Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**			95%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)	L'Azienda ha accumulato un certo ritardo nella produzione delle procedure aziendali, conseguenti all'emanazione delle Linee Guida da parte della Regione, come già rendicontato in sede di consuntivo 2015. Nel corso del primo semestre è iniziata una intensa attività di recupero del gap prodottosi e sono state prodotte in forma definitiva, pur se non ancora sottoscritte, 3 procedure (Budget, patrimonio netto, immobilizzazioni) e sono in corso di completamento le procedure relative al recepimento di rilievi ed osservazioni degli organi di controllo e delle rimanenze. Tutte le procedure sopra evidenziate e validate sono state allocate e rese fruibili in una apposita sezione Intranet.Il percorso di recupero è proceduto nel 2° semestre e la rendicontazione al 31.12.2016 inviata in Regione evidenzia documentalmente tale progresso; nel corso del 2017 verranno definitivamente fasate le scadenze regionali con la operatività aziendale.

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 Adempimenti 2016:Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali)	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Area Rimanenze	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	15,00%	100,00%		100,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Procedure rilievi Revisori e Regione	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	75,00%	100,00%		100,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Regolamento Budget	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Ricognizione regolamenti	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	50,00%	75,00%		75,00%

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.1.2.5**	**Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**			52%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie, pag 33)	Vedi obiettivo precedente

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Implementazione Adempimenti 2016:Area Crediti-Ricavi	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	25,00%		25,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Area Disponibilità liquide	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	25,00%		25,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Area Patrimonio Netto	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Implementazione Adempimenti 2016:AreaDebiti-Costi	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	35,00%		35,00%
Implementazione Adempimenti 2016:Revisioni Limitate	specifico flusso di riferimento	% =		100,00%	0,00%	75,00%		75,00%

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

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	**7.1.2.6**	**Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara. Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.	L'azienda ha partecipato tramite la dirigente del Controllo di Gestione al gruppo regionale incaricato di redigere i documenti preparatori all'attivazione della gara; il contributo della collega è frutto di una valutazione complessiva di tutte le professionalità aziendali interessati dalla nuova procedura (Area Acquisti, Area Farmaceutica, Area Controllo di Gestione, Area Bilancio...). La collega è stata inoltre designata per la partecipazione al Gruppo di Monitoraggio. Inoltre si è partecipato con altre professionalità agli incontri dei gruppi tematici, ove richiesto.

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 a gruppi di lavoro specifici	report	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.2	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Settore obiettivi DGR	4.2	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.1**	**Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi - Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie**			100%

Descrizione	Rendicontazione
La D.G.R. 1501/2015 “Approvazione dello schema di convenzione per l'assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti” – prevede la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle Aziende Sanitarie nelle attività di centralizzazione degli acquisti gestite a livello regionale da Intercent-ER. L’approccio perseguito è orientato a valorizzare il capitale umano già disponibile presso le Aziende Sanitarie e a generare valore per l’intero sistema regionale degli acquisti attraverso la condivisione di specificità e competenze. Tale modello organizzativo è stato attivato in forma sperimentale nel 2016 e dovrà essere integrato e perfezionato anche alla luce del recepimento delle nuove direttive europee sugli acquisti e del conseguente riordino della disciplina nazionale vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Nel 2016 si procederà quindi al consolidamento e all’evoluzione del modello, con l’obiettivo di operare una piena centralizzazione delle procedure per l’affidamento di servizi e l’acquisizione di beni necessari alle aziende del SSR.	Nel corso dell'anno 2016 la sperimentazione della nuova forma di collaborazione funzionale con Intercent-ER è avvenuta regolarmente, tenuto conto della programmazione effettuata dall'Agenzia Regionale stessa (aggiornamenti Masterplan approvati con Determinazioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna n. 8878 del 06/06/2016 e n. 16723 del 26 ottobre 2016). La nostra Azienda ha partecipato ai lavori presenti nella programmazione: in particolare si segnala la presenza ai gruppi di lavoro per la predisposizione dei documenti di gara relativi agli appalti per i servizi di pulizia (conclusi nello scorso mese di marzo), ristorazione e lavanolo (entrambi ancora in corso), nonché alla commissione giudicatrice di gara per le pulizie (operazioni ancora in corso).Con Delibera n. 852 del 07/12/2016 è stata data continuità al programma di riorganizzazione degli acquisti, con conferma della partecipazione al programma regionale fino al 31/12/2018.

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
Approvazione schema di convenzione per la riorganizzazione degli acquisti	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.2**	**Dematerializzazione del processo di ciclo passivo**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto. In ottemperanza alla Delibera di Giunta n. 287/2015, con apposita circolare della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stata già comunicata alle Aziende Sanitarie la clausola da inserire nelle procedure di gara al fine di rendere obbligatorio l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto elettronici. A partire dal 30 giugno p.v. le Aziende dovranno, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; le Aziende sono, pertanto, chiamate ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, i propri sistemi, processi e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.	Con nota prot. n. 35713 del 3.05.2016, indirizzata a tutti i fornitori dell'Azienda USL, avente ad oggetto "Utilizzo del Sistema regionale per la dematerializzazione del Ciclo Passivo degli Acquisti - Adozione del formato elettronico per i document del ciclo Acquisti, ordini e documenti di trasporto a partire dal 30 giugno 2016 e disposizioni fatture elettroniche relative a dispositivi medici ai sensi della circolare ministeriale." e con successive comunicazioni trasmesse tramite fax unitamente agli ordinativi di spesa, sono state date indicazioni riguardanti le modalità e le procedure per la dematerializzazione della documentazione del ciclo passivo degli acquisti, fatture, ordini, documenti di trasporto. Adeguata informazione e pubblicità è stata inserita sul sito web aziendale.Il progetto di dematerializzazione del processo di ciclo passivo degli acquisti è stato eseguito regolarmente: entro il 30 giugno 2016 sono stati emessi i primi ordini con le nuove modalità. Sono state svolti tutti gli interventi affinché la procedura sia regolarmente utilizzata anche dagli altri Servizi del Dipartimento, secondo la programmazione regionale ed aziendale.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B5	Dematerializzazione ordini beni sanitari e servizi		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento clausola nelle procedure di gara per il documento di trasporto elettronico	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.9.2.3**	**Sviluppo dell'e-procurement**			100%

Descrizione	Rendicontazione
L'Agenzia Intercent-ER ha completato l'implementazione della nuova piattaforma di e-procurement; oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, il sistema consente anche la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria. Inoltre le nuove Direttive europee in materia di appalti, recepite in Italia con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti), promuovono la progressiva informatizzazione delle procedure di acquisto. In particolare il DLgs 50/2016 prevede l'obbligatorietà a partire dal 18 ottobre 2018 per tutte le pubbliche amministrazioni di utilizzare piattaforme di e-procurement per l'espletamento delle procedure di gara. ...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, pag 36)si prevede che ciascuna Azienda Sanitaria effettui entro la fine dell'anno almeno una procedura digara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale.	Sul nuovo portale Intercent-ER sono state espletate procedure di e-procurement sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale. Per le procedure di gara a rilevanza comunitaria, la piattaforma è stata utilizzata nel mese di dicembre per l'espletamento di n. 1 gara con tale modalità, secondo le indicazioni regionali. Nel corso del 2017 la piattaforma verrà utilizzata per tutte le procedure.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	B4	Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale		

Indicatore	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) rispetto al TOT acquisti di beni e servizi	Documento agli atti	% >=		78,00%		78,00%		100,00%
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER(in relazione a importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie)	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		99,78%		100,00%
Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di eprocurement regionale	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Implementazione dell'Ordine Elettronico	Documento agli atti	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.3	Il governo delle risorse umane

Settore obiettivi DGR	4.3	Il governo delle risorse umane

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**7.6.4.1**	**Governo delle risorse umane - Legge di Stabilità 2016, programmazione per il superamento delle criticità nell'applicazione Legge 161/2014**			100%

Descrizione	Rendicontazione
In relazione ai contenuti della Legge di Stabilità 2016, in particolare nell'ambito dell'attività di programmazione rivolta al superamento delle criticità organizzative derivanti dall'applicazione della Legge 161/2014, la Regione Emilia-Romagna è impegnata attivamente all'interno di Tavoli di Lavoro nazionali, al fine di definire metodologie di calcolo dei fabbisogni effettivi di personale impiegato nelle strutture sanitarie, inquadrato sia nei ruoli della Dirigenza che del Comparto. (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 37)	Nel corso del 2016 si sono tenuti gli incontri di budget con le articolazoni aziendali nei quali sono state raccolte le richieste di personale per l'anno 2016. Sulla base delle richieste pervenute e delle disposizioni regionali in materia di assunzioni è stato predisposto il piano delle assunzioni trasmesso alla RER e successivamente approvato. L'attuazione del piano assunzioni si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

Obiettivi Performance	E5	Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale	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 parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.4.2**	**Governo delle risorse umane - GRU, processi di integrazione interaziendale e relazioni sindacali**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Prosecuzione e conclusione dei processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra Aziende, sia a livello provinciale che di Area Vasta, impegno caratterizzante degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, al fine di migliorare l'efficienza gestionale e giungere all'adeguata ridefinizione del fabbisogno di risorse umane, con conseguente razionalizzazione della spesa. le Direzioni degli Enti dovranno inoltre garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma.Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva... (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 38)	Nell'ottobre del 2016 si è completato il processo di integrazione delle attività tecnico amministrative e di supporto tra le Aziende Sanitarie della Provincia di Parma con l'approvazione dei relativi atti deliberativi e la firma delle correlate convenzioni . Sono stati istituiti i Dipartimenti Interaziendali Tecnico-Logistico e delle Risorse Umane , la S.C. Interaziendale Servizio Economico Finanziario , la SSD Internal Auditing, la S.C. Affari Generali quali strutture ad integrazione strutturale. Si è inoltre confermato il Dipartimento Interprovinciale ICT tra le due Aziende della Provincia di Parma e l'AUSL della Provincia di Piacenza . Tale Dipartimento è stato trasformato da funzionale a strutturale. Controllo di Gestione e Struttura Stampa , comunicazione e rapporti con l'utenza sono state individuate come strutture dell'integrazione funzionale e i Servizi /Uffici Affari legali ed assicurativi e i Servizi Prevenzione e Protezione come aree di collaborazione tra le due aziende sanitarie provinciali. E'stata garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali e di Area Vasta sul nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU). Sono state rispettate le scadenze individuate nel relativo cronoprogramma.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale		

Indicatore	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 sul totale processi avviati	specifico flusso di riferimento	% >=				100,00%		
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.	Evidenza documentale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.4	**Dimensione dello Sviluppo Organizzativo**	Area Performance	3.4.2	**Area del Capitale Organizzativo**
Obiettivo	**7.6.4.3**	**Governo delle risorse umane - Processi di stabilizzazione del personale e contenimento del costo**			100%

Descrizione	Rendicontazione
i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato, nel 2016 andranno completati gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014. Sarà tuttavia possibile pianificare, in coerenza con il Piano di Assunzioni e il risultato di Bilancio aziendale, nel caso l'iniziativa sia ritenuta strategicamente favorevole, la copertura di posti vacanti con il personale che attualmente li ricopre, sia della Dirigenza che del Comparto, a condizione che l'operazione non pregiudichi l'equilibrio del sistema La progressione delle politiche di stabilizzazione del personale a tempo determinato, dovrà inoltre indurre la limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata, eventuali attivazioni di tali contratti dovranno, in ogni caso, essere disposti in coerenza con la normativa vigente. Il contenimento del costo del personale è, in sintesi, un obiettivo prioritario delle Aziende sanitarie regionali, deve essere perseguito principalmente attraverso lo sviluppo dei processi di riorganizzazione gestionale e la recente normativa sulla revisione delle reti ospedaliere... (vedi testo DGR 1003 del 28-06-2016, allegato B, 4.3. Il governo delle risorse umane, pag 39)	A completamento degli obiettivi previsti dalla DGR 1735/2014 l'AUSL di Parma nel corso del 2016 ha proceduto alla stabilizzazione di 20 unità tra personale aree della Dirigenza e del Comparto. Inoltre nel corso del 2016 sono state effettuate ulteriori n. 16 stabilizzazioni (n.5 di personale dirigente e n.11 di personale area comparto). La normativa sull'orario di lavoro ha richiesto un aumento temporaneo, e già in forte diminuzione a fine anno , dell'utilizzo del lavoro interinale soprattutto per l'assistenza negli istituti penitenziari. Comunque in conclusione l'attenta gestione del turn over e della sostituzione delle assenze, nonchè i processi di riorganizzazione gestionale attivati hanno permesso di assicurare in modo adeguato i livelli di assistenza pur mantenendo l'equilibrio del sistema

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	G1	Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale		

Indicatore	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 autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente	Evidenza documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.4	Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Settore obiettivi DGR	4.4	Programma regionale gestione diretta dei sinistri
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.3**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Rispetto tempistiche**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Dal 2016 un numero crescente di Aziende sono state inserite nel Programma regionale per laprevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013;sviluppare azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale sta predisponendo nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire. E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie sperimentatrici si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Rsponsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione...(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)	E' stata definita, testata e resa operativa la costituzione del nuovo C.V.S. (Comitato Valutazione Sinistri) composto da figure sanitarie (RiskManager e medici legali e da figure dirigenziali e tecniche dell'area amministrativa) che esaminano la fondatezza delle richieste risrcitorie proponendo alla direzione aziendale le determinazioni conseguenti sia in termini di accoglimento che di ricezione: ciò nel rispetto dei contenuti delle indicazioni regionali e delle raccomandazioni relative alla organizzazione del nuovo regime di gestione diretto.

Obiettivi Performance	D4	Funzioni di gestione diretta dei sinistri	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 di processo	Documentale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.4**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - organizzazione e tempistiche per Aziende NON in sperimentazione**			

Descrizione	Rendicontazione
Per Aziende non in sperimentazione, in previsione della progressiva adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale, la Direzione aziendale dovrà assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma. A tal fine saranno valutati la sussistenza di adeguati assetti organizzativi e la presenza di risorse che possano garantire nel tempo la concreta attuazione del suddetto Programma. Anche in questo caso la tempistica di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri, pag 39)	Azienda in sperimentazione: non appplicabile.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D4	Funzioni di 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	Documentale	Sì/No		Sì				

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.5**	**Programma regionale gestione diretta dei sinistri - Database regionale gestione sinistri**			100%

Descrizione	Rendicontazione
E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri" . IL database regionale è stato aggiornato nel 2013 in occasione dell'avvio della sperimentazione sulla gestione diretta dei sinistri. L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri	Data base regionale sistematicamente utilizzato

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D4	Funzioni di 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
grado di completezza del database regionale (casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	RIT	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.5	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Settore obiettivi DGR	4.5	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti
Finalità ed obiettivi delle azioni 2016		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.5	Dimensione della Innovazione	Area Performance	3.5.1	Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto
Obiettivo	6.2.2.1	Information Communication Tecnology (ICT) - Software GRU			100%

Descrizione	Rendicontazione
La programmazione del 2016 prevede la conclusione della fase di realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2017. Le aziende entro il 31/12/2016 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate 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
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	Relazione RIT	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.2**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Realizzazione Software per GAAC**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Il progetto relativo alla realizzazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC) concluderà la fase di definizione del capitolato di gara con la relativa pubblicazione. Le Aziende dovranno garantire la loro collaborazione attraverso i propri professionisti presenti nei gruppi di lavoro.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

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
% conclusione del capitolato di gara	Atti RIT	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.3**	**Information Communication Tecnology (ICT) -Diffusione SSI a tutti i MMG**			

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

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
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati	specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		1,00%		

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.4**	**Information Communication Tecnology (ICT) - applicativo ARA**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Per quanto riguarda il sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), applicativo unico regionale perle funzioni di medicina di base, le Aziende devono migrare o integrare, nella misura del 100%, i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021. Il successo del progetto sarà possibile solo se ciascuna azienda metterà in campo tutte le azioni già definite e calendarizzate necessarie a ciascuna attivazione.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

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
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.5**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Software per il sistema trasfusionale regionale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nel corso del 2016 verrà aggiudicato il bando del software unico per il sistema trasfusionale regionale. Le Aziende devono garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate.	Le attività di supporto si svolte compatibilmente con il ruolo spoke che l'Azienda USL riveste rispetto all'Azienda Ospedaliera di Parma, Hub per il servizio trasfusionale. Le attività di gara sono state svolte a livello regionale e le procedure amministrative sono in corso.

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
Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.6**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Ricetta Dematerializzata**			100%

Descrizione	Rendicontazione
L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni continua nella pianificazione 2016 con il completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende entro la fine del 2016 devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.	L'unico software prescrittivo provinciale è stato adeguato con quanto indicato dalla Regione

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
% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.7**	**Information Communication Tecnology (ICT) - FSE**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica, vedranno nel corso del 2016 il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare saranno recepiti i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE: l'accesso da parte del delegato, previa autorizzazione da parte del titolare del FSE per un arco di tempo predefinito e l'accesso assistito alle funzionalità del FSE. Le attività di diffusione del Fascicolo continuano attraverso accordi con le associazioni dei donatori di sangue e la possibilità dell'utilizzo dell'identità digitale previo accordi con Poste Italiane, Federa e SPID. Le Aziende entro il 31/12/2016 devono adattare i loro software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Inoltre devono garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE in modo da corrispondere per tipologia ad un livello regionale minimo, sulla base delle indicazioni fornite dai competenti servizi regionali. Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, …).	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H4	Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE e la informatizzazione della cartella clinica		

Indicatore	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 dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.7**	**Information Communication Tecnology (ICT) - FSE**			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
% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.8**	**Information Communication Tecnology (ICT) - Dematerializzazione fatture**			100%

Descrizione	Rendicontazione
La fase di dematerializzazione delle fatture continua anche per il 2016 con l'attuazione del decreto legge n.55 del 3 aprile 2013 e decreto legge n.66 del 24 aprile 2014. Sarà fornito alle aziende il supporto necessario per gli adeguamenti normativi relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto. Le Aziende nel rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter devono completare la fase 2 entro il 31/12/2016.	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	H3	Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino e nei processi interni		

Indicatore	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 da Intercenter relative alla fase 2	Atti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**6.2.2.9**	**Information Communication Tecnology (ICT) - perfezionamento dei Sistema SIGLA**			100%

Descrizione	Rendicontazione
La programmazione del 2016 prevede il perfezionamento dei Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri come indicato nel DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, pag.24	Le attività si sono svolte nel rispetto delle tempistiche e delle modalità indicate dalla Regione

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
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Documenti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.6	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Settore obiettivi DGR	4.6	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.3	Dimensione della Sostenibilità	Area Performance	3.3.1	Area della Autonomia Economico-Finanziaria
Obiettivo	**7.10.2.1**	**Piano investimenti - Progetti e piani di fornitura**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio. Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L.67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono avviare la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).	Nel 2016 è stata affidata la progettazione strutturale dei miglioramenti sismici da eseguirsi presso l'Ospedale di Borgotaro - Corpo Storico e la Residenza Psichiatrica 1° Maggio di Colorno, il Polo Pediatrico Territoriale – Corpo scale esterno, per i quali è stata inoltre ottenuta l'Autorizzazione Sismica dal Servizio Tecnico di Bacino. E' inoltre stata completata la progettazione esecutiva dei lavori di rifacimento di una porzione di solaio presso l'Ex Ospedale "Ugolino da Neviano" e sono stati realizzati i relativi interventi. Sono state inoltre avviate le attività preliminari alla progettazione degli interventi previsti dall'Accordo di Programma Addendum, che verranno completate nel corso del 2017.
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
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura	Elaborati progettuali in atti alla Direzione Aziendale	% =		100,00%	90,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.1	**Dimensione della Produzione**	Area Performance	3.1.2	**Area della Produttività delle Risorse**
Obiettivo	**7.10.2.2**	**Piano investimenti - Richieste di liquidazione**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.	Sono state inviate ai competenti servizi regionali le richieste di liquidazione degli interventi compresi nei programmi di investimento per il periodo 2003 - 2011 con particolare riferimento alla nuova Elisuperficie dell'Ospedale di Borgo Val di Taro ed agli interventi realizzati nell'ambito della prima fase del programma Odontoiatria

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
Richieste di liquidazione relativamente ai totale dei lavori già terminati	Verbali e atti contabili	% >=		75,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.10.2.3**	**Gestione del Patrimonio immobiliare - Presentazione SCIA**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari. Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale precipuamente relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono: - la programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015); - il completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie.	Sono state fornite ai Servizi regionali competenti le informazioni necessarie per la costituzione dei fondi per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali da questa Azienda. Si è provveduto alla presentazione della SCIA al competente Comando Prov.le VVF per le strutture sanitarie ambulatoriali con superficie fino a 500 mq e alla presentazione di nuovi esame progetto per le strutture sanitarie ambulatoriali con superfici superiori a 500 mq in forza delle nuove disposizioni legislative In ordine alle verifiche per la vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali, le stesse sono state completate per l'intero complesso ospedaliero di Vaio, che corrisponde per estensione e complessità a circa la metà delle attività in esame, e sono in corso presso le rimanenti strutture aziendali.

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
Presentazione SCIA al competente Comando VVF attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015).	Atti Direzione Aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Report per la valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi	Report	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.3	**Dimensione della Sostenibilità**	Area Performance	3.3.1	**Area della Autonomia Economico-Finanziaria**
Obiettivo	**7.10.2.4**	**Manutenzione**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/ mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Inoltre le Aziende dovranno fornire le informazioni per il perseguimento degli obiettivi previsti nel progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN";	Il costo della manutenzione ordinaria sostenuto risulta inferiore alla media 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
Scostamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) rispetto alla media regionale	Verbali e atti contabili	% <=		10,00%		10,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.5	**Dimensione della Innovazione**	Area Performance	3.5.1	**Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto**
Obiettivo	**7.10.2.5**	**Tecnologie biomediche**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo, relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano tecnologie biomediche e software medicaldevice (inclusi quelli utilizzati ai fini di ricerca) aventi i seguenti requisiti: -“grandi” apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, …) oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014; -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 nazionale e regionale); Le Aziende sanitarie devono massimizzare l’utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.	E' stato garantito il flusso informativo relativo al parco tecnologico installato ed alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione al GTRB.

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
% delle tecnologie, aventi i requisiti in elenco che dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	specifico flusso di riferimento	%		100,00%	80,00%	100,00%		100,00%
Trasmissione dei format per il monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici debitamente compilati entro scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
trasmissione secondo scadenza prestabilita del flusso informativo parco tecnologico installato	Documenti RIT	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.10.2.6**	**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.	Gli interventi previsti riguardano: - Ospedale di Vaio: ampliamento impianto fotovoltaico, realizzazione impianto di trigenerazione; - Ospedale di San Secondo: impianto fotovoltaico una volta realizzata la nuova copertura Si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali. Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale		

Indicatore	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 schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile	REPORT in atti al Servizio attività	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.2	**Area delle Sinergie Azienda Ambiente**
Obiettivo	**7.11.2.1**	**Uso razionale dell'energia e gestione ambientale**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.	L'Energia Elettrica è stata acquistata tramite la centrale di committenza Intercent-Er; si è provveduto al monitoraggio dei consumi degli ultimi due anni di alcune strutture di riferimento per la verifica di eventuali consumi anomali. Si è provveduto al monitoraggio della corretta gestione delle Centrali Termiche a Biomassa

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	L4	Uso razionale energia e corretta gestione ambientale		

Indicatore	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 schede di monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Predisposizione schede di monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile	REPORT in atti al Servizio attività tecniche	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Area obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**

Sub-area obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**

Settore obiettivi DGR	**5**	**Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale**

Finalità ed obiettivi delle azioni 2016	Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.2.1**	**Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - processo di revisione del modello di accreditamento**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento: - Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni ed audit interni. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)	Audit fina.lizzato al passaggio dal modello di accreditamento DGR 327/2004 al modello DGR 1604/2015: 1) Nel periodo compreso tra marzo e maggio 2016 l'Ufficio ha effettuato per i Servizi DAISM-DP; Ospedale di Fidenza e Ospedale "Santa Maria " di Borgo Val di Taro , un audit organizzativo prettamente focalizzato sull'analisi documentale, per valutare il sistema qualità delle organizzazioni sopra riportate, con lo scopo di valutare la dinamicità del sistema e lo stato dell'arte dello stesso. L'audit è stato formalizzato con apposita check list e verbale di sintesi, successivamente diffuso alle Direzioni implicate, 2) Dovendo recepire le risultanze dei lavori di gruppo svolti a livello regionale, l'autovalutazione di livello aziendale aziendale prevista per il 2016, è programmata per il primo semestre 2017 , a far tempo dalla resituzione dei requisiti , cosi come elaborati a livello regionale. Audit interni sono stati effettuati presso i Dipartimenti Ospedalieri e di Salute Mentale strutture ad oggi accreditate all'interno dell'Azienda.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	report-relazione audit	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.3.2.2**	**Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento - Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento**			100%

Descrizione	Rendicontazione
attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento: -Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.46)	I valutatori regionali che hanno partecipato alle attività di verifca previa convocazione a partire da gennaio 2016 sono stati il 100%.Nello specifico tutti i professionisti convocati dall'ASSR hanno ottemperato al loro impegno istituzionale.. Per quanto attiene la formazione dei valutatori stessi, si evidenziano i seguenti momenti formativi:1) attività formativa plenaria effettuata per l'introduzione del nuovo modello di accreditamento istituzionale, in base alla DGR 1604/2015. 2) Attività di preparazione agli Audit organizzativi interni per le seguenti struttre: DCP/DAISM-DP/ Ospedale di Fidenza/Ospedale "Santa Maria" Borgo Val di taro (100% dei valutatori). Ad ottobre 2016 tre valutatori regionali, hanno partecipato al corso formativo di aggiornamento organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica in collaborazione con l'ASSR, per l'accreditamento dei DSP.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D8	Soddisfacimento obblighi di Accreditamento Istituzionale		

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	verbali	% >=		70,00%		100,00%		100,00%
numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati	verbali	% >=		90,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA**			100%

Descrizione	Rendicontazione
La Regione Emilia-Romagna, attraverso in particolare il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha in questi anni sviluppato metodologie e strumenti per supportare il sistema dei servizi all'ascolto e al coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. In ogni area vasta sono presenti competenze professionali in grado di utilizzare sia strumenti quantitativi (questionari) sia strumenti qualitativi (focus group e etnografia), oltre che aver prodotto linee guida ed indicazioni metodologiche. Inoltre è attivo dal 2012 un percorso strutturato per l'innovazione nel campo dei processi partecipativi (Community Lab) che ha prodotto le Linee guida "La programmazione locale partecipata per la salute e il benessere sociale " e ha coinvolto diversi territori regionali (e Case della Salute) nella sperimentazione di azioni basate sul coinvolgimento attivo delle comunità per l'individuazione delle priorità e nella co-progettazione partecipata. Dai risultati dell'ultimo monitoraggio delle Case della Salute emerge come la collaborazione con le associazioni di volontariato (es. AVIS, AUSER) sia presente in più del 70% delle 79 CdS funzionanti, e riguardi principalmente attività di informazione e orientamento alle persone che accedono alla Casa della Salute. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti equity oriented ed utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	Al 31/12/2016 a seguito delle azioni già messe in campo nel corso del primo semestre e cioè : formazione di livello regionale sull'uso degli strumenti Equity Oriented (HEA ed EqIA) si è provveduto a formalizzare il GdL interaziendale "Applicazione di EqIA al progetto 6.6 del PLA riferito al PRP 2015-2018" rivolto al tema della presa in carico del Bambino Cronico in riferimento al tema del contrasto e trattamento dell'obesità infantile. Il GdLavoro composto da professionisti di AUSL e AOU PR ha inoltre coinvolto portatori di interesse esterni ai servizi (Genitori e Famiglie, Educatori ed Insegnanti, Referenti di GIOCAMPUS esperti in attività sportive e ricreative, esperti scientifici del mondo Universitario Nutrizionisti). Nel corso dei due incontri il Gruppo di lavoro ha utilizzato la scheda EqIA messa a punto dagli Esperti Regionali. Attraverso tale attività si è giunti alla restituzione del documento finale all'interno del quale sono stati messi a disposizione i suggerimenti su azioni organizzative da mettere in atto per incorporare, nei servizi territoriali ed ospedalieri, i cambiamenti utili a contrastare le più evidenti disuguaglianze condivise nel Gruppo di Lavoro. Come previsto dalla metodologia utilizzata il documento di sintesi è stato inviato al Responsabile Aziendale del PLA PRP ed alla Direzione Sanitaria per le opportune valutazioni. Inoltre, come previsto, il medesimo documento è stato restituito al Coordinamento Regionale Area Equità e Partecipazione.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	C4	Garanzia di equità ed omogeneità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto delle indicazioni Regionali		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.3**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - EqIA**			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 di un gruppo di operatori sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel PRP e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.	registro presenze	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero schede 2.8 - 4.1 - 6.6	documenti	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.4**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : -la valutazione di specifici percorsi socio-assistenziali in relazione alle dimensioni di qualità salienti nelle CdS e rispetto a specifiche tipologie di utenza (pazienti cronici, utenti ambulatoriali, utenti salute mentale….), tramite indagini multimetodo e strumenti di rilevazione disponibili a livello regionale (rif. lett. prot. PG n.505543 del 22 Dicembre 2014, All.1 "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino")/aziendale (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	Presso la CdS di S. Secondo P.se è stato effettuato un monitoraggio quali-quantitativo sul percorso di Riabilitazione Ortopedico - Estensiva in regime di Week-Hospital. L'indagine ha previsto n.ro tre fasi: 1) strutturazione di un questionario condiviso con il Gruppo di lavoro (formato da personale dell'Azienda e rappresentanti del CCM) . Il questionario è stato somministrato in due periodi differenti; 2) focus group con i pazienti, 3) restituzione dei dati in plenaria dell'indagine. La diffusione dei risultati è stata altresì consivisa con la cittadinanza, attraverso l'iniziativa aziendale "il THè del giovedì". il progetto di recerca è parte integrante del Progrmma Aziendale per l'ascolto ed il coinvolgimento del cittadino/utente 2015/2018 (Progetto n.ro 03 del 2015). Nel secondo semestre l'Ufficio ha predisposto il progetto finalizzato alla sperimentazione dei questionari ACIC e PACIC all'interno delel CdS dell'Azienda. In fase sperimentale è stato testato il questioniario ACIC presso la CdS di Secondo P.se sul percorso socio-assistenziale del paziente diabetico.

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
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale tramite indagine che preveda l'utilizzo di strumenti quantitativi e/o qualitativi	verbali	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale.	verbali	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.5**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute valutazione del grado di empowerment dell'utente**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale per promuovere lo sviluppo dell'empowerment : - la valutazione del grado di empowerment dell'utente e delle persone di riferimento rispetto alle pratiche clinico-assistenziali messe in atto per potenziare le capacità e la padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità (es. "paziente esperto";gruppi di auto-mutuo-aiuto) partecipando ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.47)	L'azienda Usl, dopo una prima esperienza di rilevazione della soddisfazione del cliente presso nove Case della Salute, nel 2016 , ha intrapreso, all'interno della implementazione di interventi di gestione integrata delle patologie croniche, l'impiego di strumenti per la valutazione di questi percorsi, sia dal punto di vista del paziente che dell'equipe, tramite l'applicazione dei questionari PACIC e ACIC. Il progetto, inserito all'interno del "Programma di ascolto aziendale, è stato applicato sperimentalmente nel secondo semestre del 2016 su quattro Case della Salute. Inoltre, l'Azienda Usl, ha partecipato agli incontri regionali finalizzati al potenziamento della capacità e padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità, tramite i professionisti di volta in volta coinvolti. Nel secondo semestre l'Ufficio ha predisposto il progetto finalizzato alla sperimentazione dei questionari ACIC e PACIC all'interno delel CdS dell'Azienda. In fase sperimentale è stato testato il questioniario ACIC presso la CdS di Secondo P.se sul percorso socio-assistenziale del paziente diabetico.

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 ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale	registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.6**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute 'Community Lab'**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Nelle Case della Salute obiettivo Aziendale: la partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab') finalizzato all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle priorità di intervento per la programmazione e il miglioramento dei servizi.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B,5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.48)	Nel contesto del progetto regionale del " Comunity Lab " l'Azienda Usl di Parma ha partecipato al percorso formativo finalizzato alla preparazione dei facilitatori di percorsi "strutturati" e "guidati" di empowerment di comunità. Per il 2016 due sono state le applicazioni del metodo, all'interno dell'azienda, che hanno interessato due Case della Salute aziendali : 1- Casa della Salute di S. Secondo p.se che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab, finalizzato ad un percorso partecipativo sulla stesura dei Piani di Zona presso la Casa della Salute di Casalecchio. 2- Casa della Salute "Parma Centro" che, ha partecipato ad un progetto secondo la metodologia del Comunity Lab (Ausl di Parma, Comune di Parma, Provincia di Parma, Università di Parma, Ufficio Scolastico di Parma, Associazione Galleria dei Pensieri, Teatro delle Briciole Solares Fondazione delle Arti),finalizzato ad un percorso partecipativo per aprire uno spazio di riflessione e confronto, in cui gli adolescenti, in collaborazione con gli adulti, possono lavorare insieme sulle loro problematiche e promuovere una metodologia di lavoro, in cui si facilita la libera espressione di sé. 3-Casa della Salute "Colorno" ha avviato nel quarto trimestre 2016 un progetto di programmazione partecipata coinvolgendo a fianco dei responsabili Clinici e organizzativi della CdS le Associazioni di volontariato, il Comune, la Scuola e un'impresa locale. Obiettivo del progetto la realizzazione di iniziative formative e informative rivolte a tutta la cittadinanza su tematiche inerenti la prevenzione, i corretti stili di vita e il corretto uso dei servizi. Esito del processo: identificazione di un format ("A Colorno la salute è di casa") , di un argomento ("Cibo e salute. Le stagioni della vita") e di tre diversi setting (Scuola, CdS e Mercato) . Realizzazione prevista per il 2017

Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.1	**Area della Centralità del Paziente**
Obiettivo	**6.3.2.6**	**Promozione di politiche di equità e partecipazione - Case Salute 'Community Lab'**			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 di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab')	registro presenze	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.6	**Dimensione della Ricerca**	Area Performance	3.6.1	**Area della Produzione Scientifica**
Obiettivo	**6.4.2.6**	**Sostegno alle attività di ricerca - Anagrafe Regionale della ricerca (AReR)**			60%

Descrizione	Rendicontazione
L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha attivato nel 2007 l'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) con l'obiettivo di monitorare le attività di ricerca sanitaria in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale, anche allo scopo di orientare il programma regionale di ricerca. Il grado di partecipazione deve essere mantenuto e migliorato nelle Aziende ove non ancora soddisfacente. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca. -le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti) (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	Nel corso dell'anno, come di consueto, si è provveduto all'allineamento sul database aziendale di tutti i progetti di ricerca avviati nel 2016 (4).

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	I1	Riqualificazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale		

Indicatore	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 l'accesso regolare all'applicativo ArER (calcolo su ogni trimestre)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%
numero schede inserite dei progetti di ricerca nell'ArER	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		4,00		20,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.7**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SIChER flusso "Laboratori - LAB"**			100%

Descrizione	Rendicontazione
Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SIChER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI) -Partecipazione al sistema di sorveglianza SIChER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati) ; -Partecipazione al flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (riferito alle aziende che hanno un laboratorio che effettua e referta esami di batteriologia): invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati. (Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	Le attività di verifica e contrasto all'antibiotico-resistenza sono state presidiate in ambito clinico tramite un miglioramento della formulazione dei referti degli antibiogrammi eseguiti su prelievi inviati dalle UU.OO. di degenza e proposti, ancora in versione non definitiva, sulla base dell'utilizzo dei dati estratti dal nuovo software "Mercurio" acquisito nel corso del 2015. In merito a SICHER sono monitoriati sia gli interventi di protesica ortopedica per il 71% e quelli di chirurgia non ortopedica per il' 80% (obiettivi 50%). Popolato secono del istruzioni regionali il sistema SMI.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza		

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.7**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sistema di sorveglianza SIChER flusso "Laboratori - LAB"**			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
invio quadrimestrale dei file flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Socialinel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Partecipazione al sistema di sorveglianza SIChER: % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.8**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - igiene delle mani**			50%

Descrizione	Rendicontazione
sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER.(Vedi DGR 1003 del 28-06-2016 Allegato B, 5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag.45)	La pratica dell'igiene mani è stata ulteriormente diffusa tramite incontri(sia in ambito aziendale sia in setting sociosanitari) tenuti da un apposito gruppo multiprofessionale che ha curato sia la formazione sia l'attività di controllo e verifica tramite l'applicazione dei contenuti di "Mapper".

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza		

Indicatore	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 di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00	5,00	10,00		50,00%

Dimensione Performance	3.2	**Dimensione della Qualità**	Area Performance	3.2.2	**Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza**
Obiettivo	**6.4.2.9**	**Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza - sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi**			100%

Descrizione	Rendicontazione
stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi, osservato nel corso del 2015 e nella prima parte del 2016 -Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)": (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting") -Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert):compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territorialenell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRE 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI)	LA partecipazione al sistema di monitoraggio e sorveglianza della diffusione delle enterobacteriacee ha permesso di limitare la numerosità dei casi incidenti. Le unità operative ed il collegio di direzione sono stati aggiornati sulla frequenza degli eventi e riproposti i criteri di controllo e contrasto in caso di presenza di pazienti positivi. Vengono applicate le linee di indirizzo regionali sia nelle UO aziendali sia, tramite frequenti promemoria, invitati i luoghi di soggiorno e permanenza di pazienti a rischio (CRA e Case di Cura private) a rispettare il protocollo raccomandato dal CIO. Gli indicatori sono mensilmente caricati sul DB contenuto in Share-point - REte controllo infezioni.

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo
	D3	Integrazione tra funzioni della gestione del rischio clinico e prevenzione degli errori, gestione del rischio infettivo e controllo e contrasto delle infesioni correlate all'asistenza	

Indicatore	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 sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

SOMMARIO

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

1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 1

1.2 - Sanità Pubblica

1.2 - Sanità Pubblica 4

1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi 7

1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive,vaccinazioni 8

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione 11

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

1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie 14

2 - Assistenza territoriale

2.1 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

2.1 - Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 17

2.2 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza

2.2 - Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza 24

2.2.1 - Ospedali di Comunità 27

2.3 - Cure Primarie

2.3.1 - Cure palliative 28

2.3.2 - Continuità assistenziale – dimissioni protette 31

2.3.3 - Percorso nascita 33

2.3.4 - Salute riproduttiva 36

2.3.5 - Promozione della salute in adolescenza 37

2.3.6 - Percorso IVG 38

2.3.8 - Contrasto alla violenza 39

2.3.9 - Assistenza pediatrica 42

2.3.10 - Formazione specifica in medicina generale 45

2.3.11 - Valutazione e qualità delle cure primarie 47

2.4 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.4.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018 50

2.4.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale 53

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.4 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.4.3 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia 55

2.5 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

2.5 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza 56

2.6 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

2.6 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari 60

2.7 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.7.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016 63

2.7.2 - Assistenza farmaceutica convenzionata 64

2.7.3 - Acquisto ospedaliero di farmaci 65

2.7.4 - Adozione di strumenti di governo clinico 68

2.7.5 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici 69

2.7.6 - Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" 72

3 - Assistenza ospedaliera

3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

3.1 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero 74

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero 77

3.3 - Attività trasfusionale

3.3 - Attività trasfusionale 83

3.4 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

3.4 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule 84

3.5 - Sicurezza delle cure

3.5 - Sicurezza delle cure 86

3.6 - 118 e Centrali Operative

3.6 - 118 e Centrali Operative 88

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

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

4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR 90

SOMMARIO

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

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

4.1.2 - Il miglioramento del sistema informativo contabile 92

4.1.3 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie 96

4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile 98

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

4.2 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi 99

4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane 103

4.4 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri

4.4 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri 106

4.5 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

4.5 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti 110

4.6 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

4.6 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche 118

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

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

5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale 125