

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000452
DATA: 28/06/2018 09:58
OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance anno 2017.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Saccenti Elena in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Brianti Ettore - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Chiari Marco - Direttore Amministrativo

Su proposta di Giuseppina Rossi - Dipartimento Valutazione e Controllo che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-04]

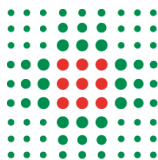
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DA - Area Interaziendale Economico Finanziaria
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA Aziendale
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Parma)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Fidenza)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Sud-Est)
- Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica
- Dipartimento Interaziendale Risorse Umane
- Dipartimento Interaziendale Information and Communication Technology
- DIPARTIMENTO Assistenza Integrata-Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (Azienda USL di Parma)
- DIPARTIMENTO Sanita' Pubblica (Azienda USL di Parma)
- DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica (Azienda USL di Parma)
- Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale (DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica)
- Direzione Amministrativa Distr. Fidenza (DISTRETTO di Fidenza)
- Direzione Amministrativa Distr. Sud-Est (DISTRETTO Sud-Est)
- Direzione Amministrativa Distr. Parma (DISTRETTO di Parma)
- Direzione Amministrativa Ospedale Fidenza (Direzione Amministrativa P.O. Aziendale)



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- Direzione Amministrativa DAI-SMDP (DIPARTIMENTO Assistenza Integrata-Salute Mentale e Dipendenze Patologiche)
- Direzione Amministrativa Ospedale Borgotaro (Direzione Amministrativa P.O. Aziendale)
- Sviluppo ed Integr. dei Processi Amm.vi/Trasparenza e Integrita' (DIREZIONE GENERALE Aziendale)
- Area Giuridica Risorse Umane (Dipartimento Interaziendale Risorse Umane)
- Direzione Amministrativa Distr. Borgotaro (DISTRETTO Valli Taro e Ceno)
- Area Economica Risorse Umane (Dipartimento Interaziendale Risorse Umane)
- DISTRETTO di Parma (Azienda USL di Parma)
- DISTRETTO Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma)
- DISTRETTO di Fidenza (Azienda USL di Parma)
- DISTRETTO Sud-Est (Azienda USL di Parma)
- DG - Struttura Interaziendale Stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza (DIREZIONE GENERALE Aziendale)
- DIREZIONE GENERALE Aziendale
- DIREZIONE SANITARIA Aziendale
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- Dipartimento Valutazione e Controllo

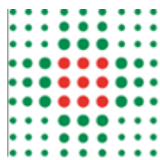
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000452_2018_delibera_firmata.pdf	Brianti Ettore; Rossi Giuseppina; Chiari Marco; Saccenti Elena	9A87768749BCA75090F3D4714339631E2 3785413B1BBEBF5B89ECE39DB9EBA7B
DELI0000452_2018_Allegato1.pdf:		E982F6E4673ED0DA30A8F36DA5E91D26 F57E9ECDAA87BC04B58A2F78048C9D99
DELI0000452_2018_Allegato2.pdf:		73CF3278FA88EDAC62413CCE1619F2F7 F3882A6903EBF7DB9B59CF56DFEAD4D



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance anno 2017.

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il Piano delle Performance per il triennio 2106-2018, redatto ai sensi dell'art. 10 D.Lgs 150/2009 e sulla base delle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia Romagna, adottato con atto deliberativo n. 437 del 29.06.2016;

RILEVATO che, come da indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione, è necessario redigere una Relazione Annuale sull'andamento delle varie tematiche costituenti il Piano;

RICHIAMATA in particolare la nota dell'Organismo Indipendente di Valutazione Prot. 345450 del 10.05.2017, che individua i contenuti della Relazione, che pertanto deve essere composta da:

- Premessa;
- Executive summary;
- Articolazione delle rendicontazione in capitoli, che considerino le varie dimensioni/aree della Performance;
- Evidenza degli indicatori desunti dal sistema regionale InSIDER e da altre fonti aziendali;

VISTO l'elaborato di relazione, predisposto dal Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo, allegato al presente provvedimento e da considerare parte integrante e sostanziale;

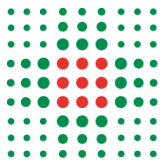
VISTA altresì la relazione sugli obiettivi contenuti nella programmazione regionale e segnatamente la rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 830/2017, da considerare parte integrante della Relazione della Performance 2017;

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo;

ACQUISITI il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

Delibera

1. di approvare la relazione sulle Performance relativa all'anno 2017 completa della rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 830/2017 , come



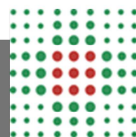
da documentazione allegata al presente provvedimento, da considerare parte integrante e sostanziale;

2. di inviare copia della relazione all'Organismo Indipendente di Valutazione regionale;
3. di provvedere alla pubblicazione della documentazione allegata sul sito "Amministrazione Trasparente";
4. di trasmettere copia al Collegio Sindacale, all'Organismo Aziendale di Supporto, a tutte le strutture aziendali e al Responsabile Interaziendale Trasparenza e Prevenzione Anticorruzione.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Giuseppina Rossi

2018



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

Relazione sulla Performance 2017

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2017, 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.

01/01/2018



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	6
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	24
3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	26
3.3. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	27
3.3.1. Area della Ricerca e della Didattica	27
3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo.....	28
3.4. Dimensione di Performance della sostenibilità.....	29
3.4.1. Area economico-finanziaria.....	29
3.4.2. Area degli investimenti.....	30
4. Conclusioni	32
5. Allegati	35

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 2017, 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 2017, 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 2017 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 830/2017” (Capitolo 5, Allegato 1).

Riordino dell' Assistenza Ospedaliera

L'Azienda UsI 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 avallato 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 dell'Ospedale “Santa Maria” di Borgo Val di Taro, che ha un numero di parti inferiori allo standard minimo, per completare le azioni di riordino della rete ospedaliera provinciale, l'Azienda USL di Parma, alla luce delle risultanze dell'audit Regionale, affidato alla “Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica sul percorso nascita” ed al pronunciamento del Ministero della Salute, ha attuato tutte le azioni necessarie al superamento che è stato reso esecutivo da ottobre 2017.

(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 27 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 e successivamente integrato. Le Case della Salute attive al 31/12/17 sono 17, che rappresentano la realizzazione del 63% 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, hanno lavorato 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.

Gli esiti dei Gruppi di Lavoro sono stati presentati e discussi in un convegno, alla presenza degli operatori coinvolti, che si è svolto il 15/12/17.

La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'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; è stato adottato il regime del day service anche per la gestione dei pazienti oncologici ed la somministrazione delle terapie chemioterapiche 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). Si è completato 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. Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità.

(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 intra familiare 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, la raggiunta intesa con le Associazioni di categoria che ha portato alla convenzione fra Azienda USL di Parma e le farmacie pubbliche e private per la Distribuzione per Conto, ha visto ampliare la gamma dei servizi offerti che ha portato ad un miglioramento del 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 2017 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha concluso favorevolmente il processo di accreditamento DSP. Prosegue, inoltre, l'attività di presidio degli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione adottato dalla Regione il 29/06/2015 (DGR 771/2015) declinati nelle 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 viene garantita la progressione nel rispetto della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2017 gli indicatori sentinella hanno evidenziano un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messe in atto azioni comuni inter dipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute.

(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

Nel punto nascita di Fidenza continua l'offerta della parto-analgesia farmacologica oltre a quella non farmacologica, precisando che il reparto è anche dotato di vasca per il parto in acqua e che sono attuate tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La parto analgesia a

raggiunto volumi di attività considerevoli (320 partoanalgesie eseguite nel 2017, il 42,3% dei parti totali – elettivi).

La procreazione medicalmente assistita viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. 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 2017 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata complessivamente di € **45.228.786** registrando una riduzione del 2,51% rispetto al 2016. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi otto anni è passata dai 169,89 del 2009 ai 102,48 del 2017. Il risultato 2017 è stato inferiore di 2,61 € al dato 2016 e di 7,76 € rispetto alla media regionale (pari a 110,24 €). 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, insieme all'incremento dei farmaci distribuiti direttamente e attraverso la DPC. Nel 2017 la spesa per acquisto di farmaci(esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici, HCV e Ivacaftor) è stata pari a € **46.379.342**, con un aumento rispetto all' anno precedente del 9,7%. La spesa farmaceutica ospedaliera complessiva (escluso ossigeno e farmaci oncologici innovativi) è stata pari a € **19.530.400** con un aumento del 17% rispetto all'anno 2016; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci ex Osp2 (compresi nella spesa ospedaliera) è stata di € **10.986.445**, con un incremento verso il 2016 pari al 25,04%. Si evidenzia che l'incremento dell' acquisto ospedaliero dei farmaci è dovuto essenzialmente all' aumento della DPC, dei trattamenti per malattie rare ed alla ulteriore presa in carico di pazienti afferenti ai Centri specialistici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, in trattamento con farmaci ad alto costo (fascia A ed ex Osp2).

(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:

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.
- 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 idroalcolico.
- 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

E' 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. Nel 2017 sono stati riaffidati i lavori per il completamento della nuova ala a seguito della procedura di liquidazione del precedente affidatario. 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 esperita la procedura aperta per l'aggiudicazione dei lavori 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..) ed è stata completata la progettazione preliminare relativamente alla Casa della Salute di Fornovo Taro. Le Case della Salute già attive sono nel contempo state oggetto di interventi di miglioramento energetico

Nel 2017 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 aggiornamento il monitoraggio della dislocazione e dell'uso delle apparecchiature aziendali a seguito dell'acquisizione di un nuovo software in comune con l'AOU di Parma.

Per quanto riguarda la razionalizzazione del restante patrimonio immobiliare, si evidenzia in particolare che

sono terminati i lavori di realizzazione del Polo Pediatrico, e che è stato attivato il magazzino economico provinciale mentre sono state adottate le codifiche uniche dei prodotti che sono 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 2017 è stato raggiunto il prerequisito del pareggio di bilancio, con un netto miglioramento dei pagamenti che si sono assestati a 45 gg. Il piano di assunzione è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali; il piano è stato regolarmente approvato a livello regionale (nota prot. 44271 del 17/07/17). Si sono conclusi i trasferimenti logistici legati all'integrazione delle funzioni tecnico-amministrative e si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazione a livello sovra aziendale, riguardanti anche funzioni e servizi sanitari.

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 2017 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 focalizzata l'Azienda USL di Parma nell'anno 2017, 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 2017 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 n. 830/2017" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione del Piano delle Azioni 2017 (pubblicato sul sito della Amministrazione Trasparente). Gli indicatori relativi alle diverse aree di performance considerate, rappresentati in specifiche tabelle, sono rendicontati e commentati attraverso informazioni tratte dal Sistema Informativo Regionale (InSIDER) 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 customer satisfaction ed è distinta nelle tre aree di seguito elencate di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2017 (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; il day service è ora la modalità organizzativa utilizzata per la gestione dei pazienti oncologici e la somministrazione delle terapie chemioterapiche 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. Per un miglioramento dell'accessibilità è stata posta particolare enfasi allo sviluppo del CUP WEB, che presenta la stessa disponibilità di offerta dei sistemi tradizionali di prenotazione.

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). Si è completato 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. Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità.

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, è dotato di vasca per il parto in acqua e si attuano tutte le metodiche non invasive per la riduzione del dolore nel travaglio di parto. La parto analgesia ha raggiunto volumi di attività considerevoli, 320 parto analgesie effettuate nel 2017, che corrispondono al 34,3% dei parti (totali-TC elettivi). La **procreazione medicalmente assistita** viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. 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 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti (Griglia LEA)	143,52	149,33	151,92	134,48	↓	140
TdA ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,22	92,36	92,36	97,05	=	98,18
TdA ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,07	96,86	96,86	98,31	=	98,98
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	93,32	95,28	85,26	64,41	=	93,62
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi Salute Mentale Adulti	5,48	4,54	10,5	10,22	=	7,37
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso – (Griglia LEA)	16	16	16	16	=	15
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	83,27	78,91	82	67,87	=	74,45
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	69,71	68,66	68,80	60,96	=	70,13
Tasso di accesso in PS	304,17	306,79	313,41	381,94	=	310,58
% Case della Salute attivate rispetto alle Case della salute programmate	63,0	61,6	57,7		↑	63,0
Posti letto di cure intermedie attivati	48	46	30		↑	66*

*Compresi i posti letto attivati nelle CRA

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 (nel 2017 è diventata pienamente operativa la Casa della Salute di Fontanellato, inaugurata nel dicembre 2016 ed è entrata nella programmazione la Casa della Salute di Lagrimone "Lagrisalute") e dei posti letto di cure intermedie attivati (indicatori aggiunti a livello aziendale). In particolare, per quanto riguarda i posti letto di Cure Intermedie, si segnalano i 18 posti letto attivati nelle CRA (Colorno e Collecchio) e nel Centro Cure Progressive di Langhirano, che rappresentano una importante integrazione dell'offerta provinciale.

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 intra familiare 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 è 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". Entro un mese dall'ammissione in REMS vengono messi a punto progetti terapeutico-riabilitativi individuali per favorire e qualificare le dimissioni.

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. Tale modalità di distribuzione è stata implementata nel 2017 in attuazione di uno specifico Accordo della Regione con le Associazioni di Categoria; l'andamento 2017 è in linea con gli obiettivi assegnati all'Azienda.

Nel 2017 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 sostegno dei *caregiver* con particolare riferimento ai ricoveri di sollievo.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite – (Griglia LEA)	178,79	265,18	266,45	126,63	↓	185,64
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)	418,64	404,12	350,06	415,31	=	404,03
Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI – (Griglia LEA)	7,96	5,47	5,77	4,14	=	3,81
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	25,15	29,35	31,14	22,36	↓	19,51
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	59,77	61,82	61,19	65,24	↑	64,04
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	32,57	27,14	30,27	18,03	↓	28,26
Tasso specifico di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	243,3	243,52	240,05	194,03	=	158,92
% popolazione assistita nelle Case della salute	31,5	30,8	-		↑	31,6
% di anziani >= 65 anni trattati nelle cure intermedie x 1000	2,8	1,8	-		↑	1,35
Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in cure intermedie	11,8	13,6	-		↓	11,3

La performance raggiunta è abbastanza buona. Rispetto agli indicatori relativi all'assistenza domiciliare, in cui si evidenzia un peggioramento, è necessario precisare che non si tratta di criticità organizzative da attribuire alla erogazione dei servizi, bensì a problemi di tracciabilità legate al sistema informativo, per cui sono state intraprese azioni di miglioramento in merito soprattutto alla qualità della registrazione. Si mantiene il trend di miglioramento per il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite, mentre sempre molto buono è il tasso di ospedalizzazione per BPCO e scompenso cardiaco. Buoni 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, e gli indicatori relativi alla suddetta Area hanno registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72,73	72,54	72,95	80,73	↑	64,56
Mortalità a 30 giorni per IMA	8,43	14,97	14,87	9,06	↓	11,11
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	1,01	4,19	5,64	43,18	↑	1,89
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	16,14	13,23	9,88	12,68	↓	17,6
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	11,68	12,65	13,89	10,66	↓	13,5
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	11,83	9,25	11,64	9,99	=	11,62
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	0	21,51	18,18	6,11	↓	0
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	9,84	8,33	-	4,74	↓	7,02
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	5,5	2,84	-	4,35	=	8,65
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,77	0,78	-	0,9	=	0,46
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0,7	0,56	-	0,98	=	0,96
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	66,83	65,8	58,76	72,8	↑	66,46
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	15,56	17,72	20,17	18,01	=	16,65
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	80,45	50,69	64,22	82,06	↑	72,47
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	0	0	0	81,55	↑	0
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	3	3	2	↓	2
Mortalità durante il ricovero nelle cure intermedie	8,7	2,9	-		=	7,4
Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso nelle cure intermedie	0,0	0,0	-		=	2,1

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 2017 (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 attuato 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 dell'Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro, che ha un numero di parti inferiori allo standard minimo, per completare le azioni di riordino della rete ospedaliera provinciale, l'Azienda USL di Parma, alla luce delle risultanze dell'audit Regionale, affidato alla "Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica sul percorso nascita" ed al pronunciamento del Ministero della Salute, ha attuato tutte le azioni necessarie al superamento che è stato reso esecutivo da ottobre 2017.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,32	4,56	3,51	0	↓	0
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,4	0,41	0,43	-0,34	↓	0,75
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,22	0,2	-0,7	-0,52	↓	0,54
Degenza media pre-operatoria	1,27	1,24	1,05	0,73	↓	0,96
Volume di accessi in PS	40.239	40.860	40.790	1.891.003	=	40.699
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.843	14.946	15.509	359.943	=	16.330
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	11.244	11.329	11.028	256.848	=	10.864
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.068	2.152	2.294	38.898	↓	1.764
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.693	7.121	7.528	84.951	=	6.590

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. Molto migliorato il risultato ottenuto sulla degenza media pre-operatoria e sulla percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ultrasessantacinquenni. 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 27 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 e successivamente integrato. Le Case della Salute attive al 31/12/16 sono 17, che rappresentano la realizzazione del 63% 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.

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; parimenti 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 lo 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, hanno lavorato 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.

Gli esiti dei Gruppi di Lavoro sono stati presentati e discussi in un convegno, alla presenza degli operatori coinvolti, che si è svolto il 15/12/17.

La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'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 2017 sono stati 116 le cui risorse economiche necessarie sono state puntualmente definite nella scheda di budget 2017 del Dipartimento di Salute Mentale (1.276.962 €). 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, con la predisposizione di un cruscotto ad hoc per il monitoraggio delle rivalutazioni al 16° anno ed il conseguente passaggio all'età adulta.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,75	20,88	19,67	20,57	=	20,33
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	79,65	77,73	73,75	78,65	=	82,47
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	418.781	421.129	425.002	6.839.955	=	425.720
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	360.332	354.963	348.498	6.519.422	=	366.291
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.450.662	2.661.380	2.669.245	2.450.662	=	2.512.889
Volume di ricoveri in cure intermedie	485	374			↑	565
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici delle Case della salute*	41.277 *					114.937

*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, andata a regime nel 2017 con l'avvio sperimentale dell'informatizzazione dell'intero processo.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione della Prevenzione**, nell'anno 2017 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha concluso favorevolmente il processo di accreditamento DSP. 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 rispetto della tempistica assegnata per tutti i setting del Piano. Al 31/12/2017 gli indicatori sentinella hanno evidenziato un raggiungimento degli standard previsti nel Piano superiore al 95%. Inoltre, sono state messe in atto azioni comuni intra dipartimentali in alcune Case della Salute attivando progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute. Si è data particolare attenzione ai principi di equità ed in particolare si è proceduto all'applicazione della scheda EQUA sul percorso piede diabetico. E' stato applicato il nuovo calendario vaccinale a partire dal 1° gennaio 2017, e sono state effettuate azioni di razionalizzazione nell'offerta delle sedi vaccinali.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	54,4	52,3	55	49,1	=	55,3
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,8	39,8	41,4	35,1	=	39,9
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	73,36	69,41	65,57	75,65	↑	64,23
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	51,3	51,58	56,91	49,03	↑	46,74
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	44,37	43,27	42,45	53,25	↑	44,6
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	93,97	95,29	94,49	94,03	=	95,53
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,92	10,19	11,2	9,79	=	10,72
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	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. Manifesta una importante criticità l'indicatore relativo alla copertura vaccinale antiinfluenzale negli anziani, dove si sono ricercate soluzioni per migliorare il processo. 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. Anche la percentuale di adesione allo screening coloretale ha evidenziato un leggero peggioramento da tenere sotto osservazione.

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:

- Il Piano Programma Triennale è presente ed aggiornato.
- 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 check list di sala operatoria è diffusa in tutte le sale operatorie aziendali
- 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 idroalcolico.
- 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 2017 la **spesa farmaceutica netta convenzionata** è stata complessivamente di € **45.228.786** registrando una riduzione del 2,51% rispetto al 2016. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi otto anni è passata dai 169,89 del 2009 ai 102,48 del 2017. Il risultato 2017 è stato inferiore di 2,61 € al dato 2016 e di 7,76 € rispetto alla media regionale (pari a 110,24 €). 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, insieme all'incremento dei farmaci distribuiti direttamente e attraverso la DPC.
- Nel 2017 la spesa per acquisto di farmaci (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici, HCV e Ivacaftor) è stata pari a € **46.379.342**, con un aumento rispetto all'anno precedente del 9,7%.
- La **spesa farmaceutica ospedaliera complessiva** (escluso ossigeno e farmaci oncologici innovativi) è stata pari a € **19.530.400** con un aumento del 17% rispetto all'anno 2016; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci ex Osp2 (compresi nella spesa ospedaliera) è stata di € **10.986.445**, con un incremento verso il 2016 pari al 25,04%. Si evidenzia che l'incremento dell'acquisto ospedaliero dei farmaci è dovuto essenzialmente all'aumento della DPC, dei trattamenti per malattie rare ed alla ulteriore presa in carico di pazienti afferenti ai Centri specialistici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, in trattamento con farmaci ad alto costo (fascia A ed ex Osp2).

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,43	53,75	54,92	49,65	↑	50,62
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,3	5,62	6,02	6,86	↓	6,34
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	1,99	2,11	2,71	2,17	=	2,07
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	102,29	109,26	109,94	33,49	↓	39,55
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	0,23	0,26	0,26	0,21	↓	0,25
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,63	11,92	11,58	10,06	↓	10,45
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	1,8	0	0	3,91	=	0,9
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,38	1,52	1,95	1,9	=	1,31
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	17,93	20,55	15,72	43,54	↑	20,27
N° di cadute /1000 giorni di degenza nelle cure intermedie	0,5	0,7		1,4	=	0,35

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). Da osservare il miglioramento delle performance per quanto riguarda il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico e, soprattutto, il tasso di accessi di tipo medico per 1000 residenti. Da migliorare le azioni rispetto alla appropriatezza dei ricoveri, soprattutto nell'ambito del privato accreditato per quanto riguarda i DRG potenzialmente inappropriati della Griglia LEA, ma anche rispetto al corretto setting dei DRG chirurgici. 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 dove, da giugno 2017, si sono completati i trasferimenti, 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.

In particolare nel 2017 è stato dato un grande impulso alla promozione dell'utilizzo della carella SOLE (Scheda Sanitaria Individuale – SSI) tra i MMG, con 204 MMG aderenti (71%) di cui 104 MMG (35,5%) con già l'SSI installata.

- **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 forza 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, divenuto pienamente operativo nel 2017.

Rispetto agli **adempimenti nei flussi informativi**, le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2017 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 che ha portato a superare brillantemente la visita di accREDITamento nel maggio 2017.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice)	6,8	5,9	-	6,4	↑	Indicatore non rilevato

Non è possibile commentare la performance in quanto l'indicatore è stato eliminato perchè ritenuto troppo complesso e scarsamente rappresentativo delle reali performance aziendali.

3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza

Durante l'anno è stata data priorità alla diffusione ad organismi e dipendenti delle due Aziende Sanitarie dei contenuti del Piano Integrato per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2017/2019, approvati nel mese di gennaio 2017. Gli incontri divulgativi (es. 24 febbraio 2017), sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale. Si è tenuto inoltre un workshop formativo sull'introduzione (D.lgs 97/2016) dell'istituto dell'Accesso Civico (semplice o generalizzato).

Si è provveduto ad avviare l'attuazione della Legge Regionale n. 9/2017 mediante le attività previste dal piano interaziendale.

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 il 30 novembre.

Il 21 dicembre si è tenuta la Giornata per la Trasparenza 2017, organizzata congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria e all'Università.

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 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	89,21	96,91	89,37	98,75	=	100
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	46,43	45,74	44,3	45,75	=	54,63
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	19,85	15,5	17,41	37,96	↑	18,1

E' stata recuperata un ottima performance per quanto riguarda la percentuale di assolvimento degli obblighi di trasparenza e sempre molto buona è la performance che si registra negli indicatori osservazionali, particolarmente evidente per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER con un costante trend di miglioramento.

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 2017 (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 2017.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2016	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	8	9	8		=	8

3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo

Nel corso del 2017 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;
- 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 straniera 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 realizzato 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 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2015	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di adesione all'indagine di clima interno	Indagine non ripetuta	29,13		26,52	↑	Indagine non ripetuta

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 (Area economico-finanziaria e Area degli investimenti) di cui si rendicontano i principali risultati conseguiti nel 2017 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2016-2018, pag. 29).

3.4.1. Area economico-finanziaria

L'azienda nel corso del 2017 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 2017, che ha condotto ormai a un pieno 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.

Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2017, il piano di assunzione è stato redatto in stretta coerenza con le linee programmatiche regionali, sia in ordine alla composizione con particolare riferimento alla dirigenza medica. Da segnalare un maggior ricorso al lavoro interinale a causa della indisponibilità, soprattutto, di personale infermieristico, a causa di carenza di graduatorie, criticità risolta nell'anno 2018.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Costo pro capite totale	1.676	1.655	1.782,47	1.750	=	1.697
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	49	51	51,58	53	=	52
Costo pro capite assistenza distrettuale	977	958	997,58	1.044	=	992
Costo pro capite assistenza ospedaliera	654	652	738,95	653	↓	655
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	95,93	100,75	102,21	97,48	=	95,38
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	81,31	81,4	79,6	83,65	=	84,98
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	154,44	145,48	146,64	164,77	=	156,27
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	155,97	137,42	126,86	143,39	=	97,98
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	8,37	24,36	-	-	=	-15,86

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 3 indicatori (costo pro capite assistenza distrettuale, consumo di molecole non coperte da brevetto, spesa farmaceutica territoriale pro capite). Da segnalare il netto miglioramento rispetto 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. Nel 2017 sono stati riaffidati i lavori per il completamento della nuova ala a seguito della procedura di liquidazione del precedente affidatario. 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 effettuata la procedura per l'affidamento dei lavori 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 2017 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 sono terminati i lavori di realizzazione del Polo Pediatrico, e che è stato attivato il magazzino economale provinciale mentre sono state definite le codifiche uniche dei prodotti che sono gestiti all'interno dello stesso.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	52,04	35,9	18,8		↑	14,43

La performance raggiunta in quest'area risente della mancata realizzazione del maggior investimento previsto (ampliamento nuova ala dell'Ospedale di Fidenza-Vaio) a causa dell'interruzione del cantiere per fallimento della ditta che si aggiudicataria dei lavori.

4. Conclusioni

La performance raggiunta dall'Azienda USL di Parma nel 2017 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 e nell'Area Economico Finanziaria. Da segnalare il miglior risultato raggiunto a livello regionale nei seguenti indicatori: tasso di accesso in Pronto Soccorso, sorveglianza malattie infettive negli allevamenti, 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.

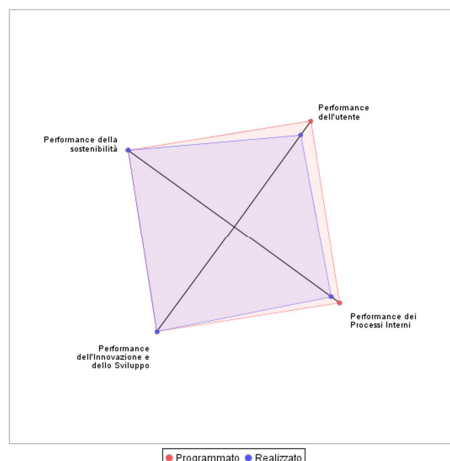
Di seguito si illustra sinteticamente il grado di raggiungimento dei soli obiettivi di valutazione elaborato tramite il sistema informatizzato aziendale (GZoom).

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



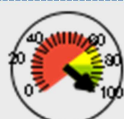
Nella tabella sotto riportata si evidenzia sinteticamente la percentuale raggiunta per ogni dimensione e relativa rappresentazione grafica

Dimensione	Performance
Performance dell'utente	87
Performance dei Processi Interni	92
Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	100
Performance della sostenibilità	100



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

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>1 – Performance dell’Utente</u>  87%	<u>1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni</u>	 99%
	<u>1.2 - Area dell'integrazione</u>	 83%
	<u>1.3 - Area degli Esiti</u>	 78%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>2 – Performance dei Processi Interni</u>  92%	<u>2.1 - Area della Produzione</u>	 91%
	<u>2.2 - Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico</u>	 85%
	<u>2.3 - Area dell'Organizzazione</u>	Indicatore non rilevato
	<u>2.4 - Area dell'Anticorruzione e della trasparenza</u>	 100%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>3 - Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo</u>  100%	<u>3.1 - Area della ricerca e della didattica</u>	 100%
	<u>3.2 - Area dello sviluppo organizzativo</u>	L'indagine sul clima interno non è stata ripetuta e pertanto l'indicatore non è rilevabile

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
<u>4 - Performance della sostenibilità</u>  100%	<u>4.1 - Area economico-finanziaria</u>	 100%
	<u>4.2 - Area degli investimenti</u>	Indicatore osservazionale.

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2017 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 830/2017”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d’esercizio 2017 (Deliberazione n. 271 del 27/04/18)

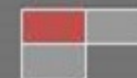
2017



**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 830/17**

Rilevazione al 31/12/2017



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

1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	4
1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni	6
1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale	8
1.2.4 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	11

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	14
--	----

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	16
--	----

2 - Assistenza territoriale

2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	18
---	----

2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	22
---	----

2.3 - Ospedali di Comunità

2.3 - Ospedali di Comunità	26
----------------------------	----

2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie

2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie	29
---	----

2.5 - Assistenza Protesica

2.5 - Assistenza Protesica	31
----------------------------	----

2.6 - Cure Palliative

2.6 - Cure Palliative	33
-----------------------	----

2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette

2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	35
--	----

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita

2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita	37
2.8.1 - Salute riproduttiva	42
2.8.2 - Percorso IVG	43
2.8.3 - Procreazione medicalmente assistita	45

2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 - Contrasto alla violenza	46
2.9.2 - Lotta all'antibiotico resistenza	48
2.9.3 - Promozione all'allattamento	50
2.9.4 - Promozione della salute in adolescenza	53

2.10 - Formazione specifica in medicina generale

2.10 - Formazione specifica in medicina generale	54
--	----

2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.11.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	56
2.11.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	58
2.11.3 - Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	59

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	60
--	----

2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	63
---	----

2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017	66
2.14.2 - Governo della spesa farmaceutica	68
2.14.3 - Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto	75
2.14.4 - Adozione di strumento di governo clinico	76
2.14.5 - Acquisto ospedaliero di dispositivi medici	77
2.14.6 - Attuazione della LR 2/2016	78

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.7 - Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici	79
--	----

2.15 - Adozione Cartella SOLE

2.15 - Adozione Cartella SOLE	80
-------------------------------	----

3 - Assistenza Ospedaliera

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	82
--	----

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	85
--	----

3.3 - Appropriatelyzza

3.3 - Appropriatelyzza	87
------------------------	----

3.4 - Volumi - Esiti

3.4 - Volumi - Esiti	89
----------------------	----

3.5 - Emergenza Ospedaliera

3.5 - Emergenza Ospedaliera	93
-----------------------------	----

3.6 - Attività trasfusionale

3.6 - Attività trasfusionale	95
------------------------------	----

3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule

3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule	96
--	----

3.8 - Sicurezza delle cure

3.8 - Sicurezza delle cure	99
----------------------------	----

3.9 - 118 e Centrali Operative

3.9 - 118 e Centrali Operative	102
--------------------------------	-----

3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche

3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche	104
---	-----

SOMMARIO

3 - Assistenza Ospedaliera

3.11 - Accreditamento

3.11 - Accreditamento	106
-----------------------	-----

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 garanzia dei LEA

4.1.1 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	108
4.1.2 - Il miglioramento del sistema informativo contabile	110
4.1.3 - Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci	112
4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	114

4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi

4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi	116
--	-----

4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane	118
--------------------------------------	-----

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	124
---	-----

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	126
--	-----

4.6 - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

4.6 - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti	128
--	-----

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

4.7 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	133
---	-----

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

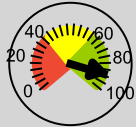
5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	138
---	-----

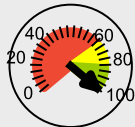
Piano delle Azioni 2017				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
<u>1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u>  94%	<u>1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>  100%		<u>1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>	100%
	<u>1.2 - Sanità Pubblica</u>  88%		<u>1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi</u>	100%
			<u>1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni</u>	100%
			<u>1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale</u>	51%
			<u>1.2.4 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</u>	100%
	<u>1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</u>  100%		<u>1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</u>	100%
	<u>1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u>  89%		<u>1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u>	89%
<u>2 - Assistenza territoriale</u>  91%	<u>2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>  94%		<u>2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>	94%

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
<u>2 - Assistenza territoriale</u>  91%	<u>2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u>  100%	<u>2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u>	100%
	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u>  99%	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u>	99%
	<u>2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie</u>  100%	<u>2.4 - Valutazione e qualità delle cure primarie</u>	100%
	<u>2.5 - Assistenza Protesica</u>  100%	<u>2.5 - Assistenza Protesica</u>	100%
	<u>2.6 - Cure Palliative</u>  66%	<u>2.6 - Cure Palliative</u>	66%

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale  91%	2.7 - Continuità Assistenziale - <u>dimissioni protette</u>  80%	2.7 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	80%
	2.8 - Materno Infantile - <u>percorso Nascita</u>  88%	2.8 - Materno Infantile - percorso Nascita 2.8.1 - Salute riproduttiva 2.8.2 - Percorso IVG 2.8.3 - Procreazione medicalmente assistita	89% 90% 72% 100%
	2.9 - Salute in età pediatrica e <u>adolescenziale</u>  95%	2.9.1 - Contrasto alla violenza 2.9.2 - Lotta all'antibiotico resistenza 2.9.3 - Promozione all'allattamento 2.9.4 - Promozione della salute in adolescenza	100% 100% 78% 100%
	2.10 - Formazione specifica in <u>medicina generale</u>  100%	2.10 - Formazione specifica in medicina generale	100%
	2.11 - Salute Mentale, <u>Dipendenze Patologiche</u>  100%	2.11.1 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018 2.11.2 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale 2.11.3 - Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	100% 100% 100%

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale  91%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza  48%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	48%
	2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari  100%	2.13 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	100%
	2.14 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici  97%	2.14.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017	100%
		2.14.2 - Governo della spesa farmaceutica	79%
		2.14.3 - Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto	100%
		2.14.4 - Adozione di strumento di governo clinico	100%
		2.14.5 - Acquisto ospedaliero di dispositivi medici	98%
		2.14.6 - Attuazione della LR 2/2016	100%
		2.14.7 - Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici	100%
	2.15 - Adozione Cartella SOLE  100%	2.15 - Adozione Cartella SOLE	100%

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza Ospedaliera  92%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero  95%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	95%
	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero  100%	3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	100%
	3.3 - Appropriatezza  85%	3.3 - Appropriatezza	85%
	3.4 - Volumi - Esiti  96%	3.4 - Volumi - Esiti	96%
	3.5 - Emergenza Ospedaliera  100%	3.5 - Emergenza Ospedaliera	100%
	3.6 - Attività trasfusionale	3.6 - Attività trasfusionale	

Piano delle Azioni 2017				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR		Settore obiettivi DGR	Performance
<u>3 - Assistenza Ospedaliera</u>  92%	<u>3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	 100%	<u>3.7 - Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	100%
	<u>3.8 - Sicurezza delle cure</u>	 90%	<u>3.8 - Sicurezza delle cure</u>	90%
	<u>3.9 - 118 e Centrali Operative</u>	 100%	<u>3.9 - 118 e Centrali Operative</u>	100%
	<u>3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	 100%	<u>3.10 - Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	100%
	<u>3.11 - Accredimento</u>	 50%	<u>3.11 - Accredimento</u>	50%

Piano delle Azioni 2017			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
4 - <u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>  99%	4.1 - <u>Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA</u>  100%	4.1.1 - <u>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u> 4.1.2 - <u>Il miglioramento del sistema informativo contabile</u> 4.1.3 - <u>Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci</u> 4.1.4 - <u>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</u>	100% 100% 100% 100%
	4.2 - <u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>  99%	4.2 - <u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	99%
	4.3 - <u>Il governo delle risorse umane</u>  100%	4.3 - <u>Il governo delle risorse umane</u>	100%
	4.4 - <u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>  100%	4.4 - <u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	100%
	4.5 - <u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>  100%	4.5 - <u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>	100%

Piano delle Azioni 2017				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
<u>4 - Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>	 99%	<u>4.6 - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>  94%	<u>4.6 - Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>	94%
	<u>4.7 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u>  100%	<u>4.7 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche</u>		100%
<u>5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	 93%	<u>5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>  93%	<u>5 - Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	93%

Area obiettivi DGR	1	<u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u>			 94%
Sub-area obiettivi DGR	1.1	<u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>			 100%
Settore obiettivi DGR	1.1	<u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>			 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale			
Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.1	DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.1	DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018			 100%
Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, cornice strategica per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, nel 2016 è stato declinato a livello locale nei Piani di Attuazione Locale (PLA), come previsto dalla D.G.R. n. 71/15: dallo scorso anno le Aziende Sanitarie hanno iniziato a dare attuazione alle azioni previste nei 68 progetti del PRP, in una logica di integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali. La valutazione del PRP relativa al 2016, trasmessa al Ministero sulla base dell'accordo Stato- Regioni del 25 marzo 2015, ha documentato il raggiungimento degli standard concordati ai fini della certificazione. Nel 2017 le Aziende Sanitarie si impegnano a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), continuando il percorso di una programmazione ispirata 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, 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 2017 le Aziende sanitarie 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 20% rispetto al valore atteso.		Per l'anno 2017 è proseguita l'attività prevista nella specifica programmazione di ogni singolo progetto. E' proseguita anche il percorso di attenzione ai principi di equità ed in particolare si è proceduto per il progetto 6.4 all'applicazione della scheda EQUIA sul "Percorso piede diabetico". Prosegue il lavoro di integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria per quei progetti che vedono la compartecipazione dei professionisti delle due aziende. Nel corso dell'anno si sono svolti incontri di monitoraggio del percorso del Piano sia come cabina di regia che come riunioni specifiche di Setting. Si è proceduto alla sostituzione di referenti di setting e di programmi che sono andati in pensione o che per motivi professionali sono stati incaricati per altre funzioni. Si è verificato in particolare il raggiungimento degli obiettivi legati all'indicatore Sentinella per il raggiungimento della quota prevista del 95%.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.6.1	DGR 830/17 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018							 100%
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% indicatori sentinella con valore conseguito >=80%	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		95,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	1.2	<u>Sanità Pubblica</u>	 88%
Settore obiettivi DGR	1.2.1	<u>Epidemiologia e sistemi informativi</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.5.6.2	DGR 830/17 - Epidemiologia e sistemi informativi	 100%		
Descrizione Il PRP ribadisce il ruolo essenziale, al fine del monitoraggio e della valutazione dei risultati, della disponibilità dei dati derivati dai 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). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica, oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza. 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 rimangono da estendere all'intero territorio regionale il Registro regionale dei tumori e il Sistema PASSI d'Argento.			Rendicontazione E' stata garantita l'alimentazione del registro di mortalità nel rispetto dei tempi indicati dalla Regione. Effettuato invio in data 31 marzo 2017 dei dati riferiti ai decessi del secondo semestre dell'anno 2016 ed in data 26 ottobre dei dati riferiti ai decessi avvenuti nel primo semestre del 2017. Anche lo studio PASSI è proseguito come programmato. Il numero di interviste realizzate riflette il programmato (N. 275 interviste effettuate su 275 programmate). Il sistema PASSI D'ARGENTO è stato garantito mediante l'effettuazione al 31.12.2017 di 116 interviste su 120, ma la data di chiusura del sistema di sorveglianza è prevista per il 28 febbraio di ogni anno e per tale data verranno effettuate anche le ultime 4 interviste mancanti.		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.5.6.2	DGR 830/17 - Epidemiologia e sistemi informativi							 100%
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2017) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.2	<u>Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.3	DGR 830/17 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, va assicurata un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni da parte dei clinici al Dipartimento di Sanità Pubblica al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza. Va incentivata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive (es. Sorveglianza delle Paralisi flaccide acute PFA). Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive deve essere monitorata la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI al fine di perseguire un miglioramento costante. Vanno promossi e attuati interventi formativi/comunicativi/educativi in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali.			Tutti i casi sospetti di Dengue/Chikungunia e Zika virus sono stati inviati al laboratorio di riferimento Dengue/Chikungunia e sono state emanate le collegate proposte di ordinanza comunale. Emanate le procedure operative sulla legionellosi in data 12/05/2017 (prot 29960) e realizzato momento formativo /informativo di presentazione della stessa a tutto il personale del SISP; Procedura Specifica gestione delle Malattie Infettive (Protocollo 0030038 del 12/05/2017). Tutte le malattie oggetto di segnalazione del SMI sono state inserite nell'applicativo SMI		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.6.3	DGR 830/17 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive							
									 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
realizzazione da parte di ciascun DSP di almeno un momento formativo per la corretta applicazione delle Linee Guida regionali per il controllo della legionellosi		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	No	Si		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.3	Piano di Prevenzione Vaccinale	 51%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.4	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale	 52%		
Descrizione La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni deve essere garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.5)			Rendicontazione La copertura vaccinale nell'ultima campagna antinfluenzale ha raggiunto il 44% della popolazione ultrasessantacinquenne.		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.6.4	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale								 52%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		44,00%		59,00%	
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%	0,00%			0,00%	
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno		specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%	0,00%			0,00%	
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	0,00%	95,80%		100,00%	
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	0,00%	92,80%		100,00%	

Obiettivo	5.7.3.3	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni deve essere garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.5)			E' stato applicato il Nuovo Calendario Vaccinale a partire dal 1 gennaio 2017.E' stata garantita l'offerta attiva e gratuita di Meningococco B e di varicella ai nuovi nati e Rotavirus a categorie a rischio; inoltre è stata attivata la gratuità per Rotavirus e varicella a richiesta degli utenti. I dati sulla copertura vaccinale HPV delle ragazze 2006 e per Meningococco B nel primo anno non sono ancora stati elaborati dalla Regione. Si segnala che i criteri sull'obbligo sono cambiati e MPR è diventata obbligatoria						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Obiettivo	5.7.3.3	DGR 830/17 - Piano di prevenzione vaccinale							
50%									
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%				0,00%
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno		specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				0,00%
copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,80%		100,00%
copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		92,80%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.4	<u>Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.5	DGR 830/17 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
In materia di vigilanza e controllo è necessario proseguire l'implementazione del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, indicazioni per attività delle Unità Impiantistiche antinfortunistiche (UOIA), ecc.), assicurando un'omogenea e trasparente programmazione secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento a livello regionale, l'integrazione tra Servizi.... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.6)			Emante le seguenti procedure operative, come realizzazione del disposto della DGR 200/2013 collegate ai modelli regionali di riferimento: Manuale Amianto (Prot. n. 2630 del 16.01.2017); Manuale Agricoltura (Protocollo n. 2634 del 16.01.2017). L'attività di vigilanza è stata attuata nel rispetto degli indirizzi regionali. Al fine del raggiungimento del 9% di UULL controllate, al 31.12 è stato ispezionato il 9,6% delle aziende programmate (n. 2015 UULL su 21047 UULL esistenti) . Le strutture sanitarie autorizzate sono inserite nell'anagrafe regionale per un 75%. L'attività ispettiva sulle case famiglie si è svolta ispezionando n. 56 case famiglia su 21 programmate per l'anno 2017. I cantieri controllati sono stati il 21% di quelli notificati (115 su 555).		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.6.5	DGR 830/17 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita							
 100%									
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% aziende con dipendenti ispezionate		specifico flusso di riferimento	% >=		9,00%		9,60%		100,00%
% case famiglia controllate		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		100,00%		100,00%
implementazione e aggiornamento dell’anagrafe regionale delle strutture sanitarie (strutture autorizzate/anno)		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		75,00%		100,00%
n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati(art. 256 D. Lgs 81/08)		specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		21,00%		100,00%
Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 830/17 - Programma di promozione della salute			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 830/17 - Programma di promozione della salute							 100%
Realizzazione di interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).			L'Azienda USL, con i propri medici competenti, ha aderito al PROGRAMMA REGIONALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE COORDINATO DALLO SPSAL del DSP con iniziative formative e registrazione del QUESTIONARIO sugli stili di vita nel Software fornito dalla Regione durante le visite mediche periodiche e di assunzione. Il primo progetto, di cui si è chiesta l'adesione solo nel 4 trimestre 2017, ha riguardato la campagna informativa sulla vaccinazione antinfluenzale, con iniziative su intranet, sulle bacheche aziendali, sulle mail individuali degli operatori. Un PRIMO INCONTRO FORMATIVO è stato effettuato in settembre, per apprendere anche l'uso del software "Stili di vita" della Regione, seguito da un secondo di verifica a dicembre 2017. Successivamente sono stati raccolti i questionari degli operatori sanitari richiesti dal progetto, per evidenziare i bisogni di intervento sulle varie tematiche (alcol, fumo, esercizio fisico, alimentazione corretta). Le schede, raccolte dapprima su cartaceo per problemi di accesso al software, sono in corso di inserimento telematico.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale.	specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00		1,00		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	1.3	Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	 100%
------------------------	-----	---	---

Settore obiettivi DGR	1.3	Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	 100%
-----------------------	-----	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.5.6.6	DGR 830/17 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2017 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.7)			Nel primo semestre dell'anno l'attività di controllo ufficiale è stata coerente con quanto previsto nei Piani Nazionali, Regionali e con quanto indicato nel Piano Regionale della Prevenzione recepito nei piani di lavoro dei singoli servizi del DSP: - allevamenti controllati per benessere animale 19% - allevamenti controllati per farmacovigilanza 38% - allevamenti controllati per malattie infettive 100% - PRI 100%. E' stato implementato il portale acque potabili completando l'inserimento dei punti prelievo nonché l'inserimento dei n. dei campionamenti eseguiti.		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.5.6.6	DGR 830/17 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione							
									 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti (15 o 20 % secondo la specie)		specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		19,00%		100,00%
% allevamenti controllati per farmacosorveglianza e Anagrafe sul totale degli allevamenti		specifico flusso di riferimento	% >=		33,00%		38,00%		100,00%
% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)		specifico flusso di riferimento	% >=		98,00%		100,00%		100,00%
PRI (Piano Regionale Alimenti)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%
% informazioni inserite nel Portale Acque		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	1.4	Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	 89%
------------------------	-----	---	--

Settore obiettivi DGR	1.4	Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	 89%
-----------------------	-----	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	7.8.3.2	DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie			 89%

Descrizione		Rendicontazione			
Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno: - Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo. - Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.		Procedure di aggiornamento della sorveglianza sanitaria :operativo a livello regionale il protocollo di sorveglianza sanitaria per rischio biologico dei medici competenti ausl-ao. promozione della cultura della prevenzione delle mal infettive e della vaccinazione: iniziati incontri con referenti formativi dei servizi di profilassi malattie infettive e medici competenti per stesura materiale formativo. Attuato incontro con equipe formatori di Distretto per visionare materiali formativi e tecniche didattiche. Si prevede effettuazione corsi ECM nelle varie articolazioni nel 2018. Il corso previsto a fine 2017 non effettuato per la campagna antinfluenzale , che ha impegnato significativamente le risorse umane del Servizio di Igiene e dei medici competenti. Attuata la campagna informativa sulla vaccinazione, con iniziative su intranet,bacheche aziendali,mail individuali degli operatori, oltre a offerta attiva,con presenza dei medici in tutti i reparti, servizi e Case della salute, secondo il calendario pubblicato. VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI: le azioni messe in atto hanno contribuito all'incremento delle vaccinazione degli operatori sanitari nella campagna 2016-2017 .			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della produzione				
Obiettivo	7.8.3.2	DGR 830/17 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie								 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	
realizzazione di 1 modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	0,00	0,00			
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari		specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%	0,00%	30,27%		89,00%	

Area obiettivi DGR	2	Assistenza territoriale	 91%
Sub-area obiettivi DGR	2.1	Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	 94%
Settore obiettivi DGR	2.1	Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	 94%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.1	DGR 830/17 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa					 100%		
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità			Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 99% per le prestazioni con priorità D e dell'90% per le prestazioni con priorità B.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rapporto (%) tra il numero di prenotazioni del 2016 con IP>=90% e il numero totale		MAPS	% >=		90,00%	98,00%	99,00%		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.2	DGR 830/17 - Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative								
Descrizione			Rendicontazione							
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative (Circolari del 20/04 e 9/12 2016)			Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016 e si è provveduto entro il 31 dicembre 2017 ad inviare 1.623 verbali sanzionatori. E' stato richiesto il dato ad IG, non essendo completo il 13 esimo invio ASA, il dato non può al momento essere estratto. Si fornirà al completamento dell'invio ASA del 2017.							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente(riduzione rispetto al 2016)		SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	Numero <=			0,00				

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	
Obiettivo	1.2.3.3	DGR 830/17 - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica				 74%
Descrizione			Rendicontazione			
Verifica appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari (DGR 704/2013)			Prosegue il monitoraggio della ppropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo			



74%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.3	DGR 830/17 - Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica								74%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di consumo di TC osteoarticolare (riduzione 2017 rispetto al 2012)			Flusso ASA	% <=		-20,00%		-20,17%		99,00%
Indice di consumo di RM muscoloscheletriche (riduzione 2017 rispetto al 2012)			Flusso ASA	% <=		-20,00%		-30,17%		49,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.4	DGR 830/17 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli				 100%				
Descrizione				Rendicontazione						
Prescrizioni e Prenotazione dei controlli - ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista				Continua il percorso di presa in carico dei pazienti cronici da parte delle case della salute anche tramite code presidio specifiche che consentono la riprenotazione interna delle prestazioni di controllo. Buono è anche il livello raggiunto in termini di prescrizione specialistica, si mantiene pressochè costante rispetto al 2016 (primo semestre 2016: 78.893, primo semestre 2017: 78.518).nel 2016 le prescrizioni dema effettuate dagli specialisti sono state 140996 nel 2017 le prescrizioni dema effettuate dagli specialisti sono state 164681						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (aumento rispetto 2016)		Flusso ASA, DEMA, ARMP		Numero >=		140.996,00	78.518,00	164.681,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.5	DGR 830/17 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitabilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% visite e prestaz. diagn strum di primo accesso nel catalogo di prestaz prenotabili on line su CUPWEB/ num viste e prestaz dignostica strum di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP		SPECIFICO FLUSSO DI RIFERIMENTO	% >=		80,00%		85,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.2	<u>Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u>	 100%
------------------------	-----	---	---

Settore obiettivi DGR	2.2	<u>Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa</u>	 100%
-----------------------	-----	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	1.1.5.1	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo	 100%
-----------	---------	---	---

Descrizione	Rendicontazione
Il 5 dicembre 2016, con la DGR 2128/2016, la Regione ha approvato le nuove linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute. Obiettivi principali sono il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme, la collaborazione con il sociale e l'integrazione ospedaleterritorio, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare basato sui principi della medicina di iniziativa. Ad oggi le Case della Salute attive sono 88. Tutte le Aziende USL dovranno promuovere l'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni nelle Case della Salute, con particolare riferimento alla strutturazione delle aree integrate di intervento, l'individuazione del referente organizzativo e del board gestionale organizzativo. Dovranno inoltre proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.	Le Case della Salute attive in Provincia di Parma sono 17 (il 65,6% della programmazione è stata realizzata). Alla luce delle nuove linee di indirizzo emanate dalla RER (DGR 2128/16) è stata fatta una prima ricognizione con i Distretti ed i DCP (15/06/17) per quanto riguarda la configurazione rispetto al grado di complessità assistenziale, all'organizzazione per aree integrate di intervento ed ai ruoli di coordinamento clinico ed organizzativo, presenti nelle Case della Salute attive. E' stato deciso di approfondire le diverse competenze che caratterizzano il ruolo del referente clinico e del referente organizzativo e sono stati predisposti specifici obiettivi con indicatori per una più puntuale formalizzazione degli incarichi. I percorsi multidisciplinari sono stati attivati in tutte le Case della Salute e rendicontati nello specifico sistema informativo. Sono stati individuati i Referenti Organizzativi di tutte le Case della Salute e formalizzati i board organizzativi-gestionali delle Case della Salute a medio/alta complessità coinvolgendo anche, in una logica hub&spoke le rispettive Case della Salute a bassa complessità. Il coinvolgimento della comunità prosegue, con diverse progettualità che valorizzano i diversi contesti, nei quattro Distretti. Nel primo semestre sono stati realizzati: 8 eventi nel Distretto di Parma, 9 eventi nel Distretto di Fidenza, 5 eventi nel Distretto Sud-Est, 2 eventi nel Distretto Valli Taro e Ceno.

Obiettivo	1.1.5.1	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - sviluppo								 100%
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Numero Case della Salute a media/alta intensità con board gestionale organizzativo/ Numero delle Case delle Salute a media/alta intensità attive		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%	
Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%	
Percorsi multidisciplinari attivati nelle Case della Salute e rendicontati nell'anagrafe regionale delle Case della Salute		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione	
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche - presa in carico della fragilita'				 100%
Descrizione			Rendicontazione			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - patologie croniche - presa in carico della fragilita'								
100%										
Dovranno garantire, inoltre, l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Per la gestione integrata delle patologie croniche, tutte le Aziende dovranno garantire all'interno delle Case della Salute l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Insufficienza Renale Cronica. Rispetto alla presa in carico della fragilità\complessità, e con riferimento al progetto regionale “Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)”, nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato) le Aziende di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati; - le Aziende di Piacenza, Imola, e Romagna, ambito di Cesena, dovranno avviare l'utilizzo dei Profili di Rischio in almeno 1 Casa della Salute, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale. 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).			Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le Case della Salute ed è stato avviato il percorso per la informatizzazione degli ambulatori infermieristici. Per quanto riguarda l'impiego degli strumenti per la valutazione dei percorsi, dopo la sperimentazione nel 2016 della somministrazione del questionario ACIC c/o la Casa della Salute di San Secondo, sono state coinvolte le CdS di Langhirano, Colorno, Medesano e Busseto (una in ogni Distretto) per la somministrazione del Questionario ACIC alle equipe multiprofessionali ed il questionario PACIC focalizzato sul percorso diabetico. Gli elenchi dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione sono stati presentati in tutte le CdS e, per promuovere l'utilizzo e la condivisione degli elenchi nelle equipe multiprofessionali, in ogni distretto è stato individuato un MMG referente del progetto per rafforzare il coinvolgimento e facilitare l'integrazione nell'equipe multiprofessionale.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
numero di Case della Salute con impiego degli strumenti PACIC e ACIC		specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		4,00		100,00%	
numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%	
report sintetico sull'implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Obiettivo	1.1.5.3	DGR 830/17 - Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa - prevenzione primaria									 100%
Descrizione			Rendicontazione								
Rispetto alla prevenzione primaria, e con riferimento al progetto regionale “Lettura integrata del rischio cardiovascolare”:- le Aziende di Bologna, Imola e della Romagna (ambiti di Cesena, Ravenna e Rimini) devono assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni) nell’ambito delle Case della Salute individuate; - le Aziende di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito di Forlì), devono garantire, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni).			Il Progetto "lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare, si è svolto con regolarità, attraverso le CdS coinvolte nei 4 Distretti, nel rispetto del piano operativo regionale. Il richiamo ad 1 anno di almeno il 50% degli assistiti coinvolti (374), è stato rispettato e superato. La rendicontazione delle attività si è svolta puntualmente nel rispetto delle scadenze definite.								
Obiettivi			Riferimento								
Performance			Normativo								
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	2.3	<u>Ospedali di Comunità</u>	 99%
------------------------	-----	-----------------------------	--

Settore obiettivi DGR	2.3	<u>Ospedali di Comunità</u>	 99%
-----------------------	-----	-----------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
---	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.4	DGR 830/17 - Ospedali di Comunità			 99%
Descrizione	Rendicontazione				

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.4	DGR 830/17 - Ospedali di Comunità			 99%
Nel 2016 è proseguito lo sviluppo degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DGR 2040/2015. Ad oggi, con l'apertura delle strutture di Bobbio (PC) e Parma, gli Ospedali di Comunità attivi sono 14. Organizzazione del percorso di accesso all'Osco secondo le modalità previste dalla DGR 221/2015; la richiesta di accesso deve avvenire attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta da medico di medicina generale/medico ospedaliero/infermiere ADI, in fase di accesso il medico e l'infermiere case-manager dell'Osco effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati e le figure coinvolte nel PAI con partecipazione attiva del paziente e del care-giver. Dai dati del flusso SIRCO emerge l'evidenza di una maggiore appropriatezza nell'accesso, del paziente meritevole di ricovero presso OsCo, a seguito di una valutazione multidimensionale (UVM). Le Aziende USL/AOSP, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, devono inoltre 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, in coerenza con i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e nella DGR 2040/2015.			Prosegue l'attività dei posti letto di cure intermedie attivati nel processo di riconversione di posti letto finalizzato al riordino della rete ospedaliera. I posti letto sono ubicati presso la Casa della Salute di San Secondo, 30 complessivi (10 OsCo, 10 lungoassistenza e 10 riabilitazione territoriale), e presso l'Ospedale di Borgo Val di Taro, 18 posti letto di lungoassistenza. Ospedali di Comunità sono stati attivati anche nelle strutture sociosanitarie (6 c/o la CRA San Mauro Abate di Colorno e 6 c/o la CRA di Collecchio e 6 c/o il centro Cure Progressive di Langhirano), ed altri sono in previsione pianificati nella programmazione locale (in particolare nel Distretto Sud-Est in cui non è presente una struttura ospedaliera pubblica). Anche in Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma sono stati attivati 14 posti letto di Ospedale di Comunità. Il percorso di accesso, nelle strutture a gestione diretta di AUSL, avviene attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta da MMG o Medico ospedaliero/territoriale (in ottemperanza delle indicazioni DGR 221/2015). L'Infermiere Case Manager ed il Medico dell'OsCo , con l'eventuale contributo di altri professionisti presenti nella Casa della Salute (ad es. Assistente sociale), effettuano sempre la Valutazione Multidimensionale (V.M.) per verificare il rispetto dei criteri di accesso alla struttura ed individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili e relativi tempi di realizzazione e, di fatto, facendo sempre la valutazione multidimensionale, la proposta di ricovero viene fatta prevalentemente da altre figure e non dalla UVM . Alla V.M., può fare seguito l'individuazione di altro setting assistenziale più appropriato ai bisogni del paziente e pertanto, pur non costituendo un'Unità di Valutazione Multidimensionale formalizzata, i professionisti dell'OsCo che eseguono la V.M. , operano di fatto come Unità di Valutazione Multidimensionale. Il Medico coinvolto nella Valutazione Multidimensionale è il MMG dell'OsCo nella sezione gestita dal MMG, Medico fisiatra o Medico dell'UVG Distrettuale (che ha sede nella Casa della Salute di San Secondo) nelle sezioni di Riabilitazione Estensiva e di Lungo-Assistenza.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.4	DGR 830/17 - Ospedali di Comunità								 99%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 2016 20,48 giorni)		specifico flusso di riferimento	Numero <=		20,00		20,70		97,00%	
Percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri (2016 30%)		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		0,00%			
% PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/ numero PAI		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%	
Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.4	<u>Valutazione e qualità delle cure primarie</u>	 100%
------------------------	-----	--	---

Settore obiettivi DGR	2.4	<u>Valutazione e qualità delle cure primarie</u>	 100%
-----------------------	-----	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.5	DGR 830/17 - Valutazione e qualità delle cure primarie			 100%
Descrizione 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.			Rendicontazione I Profili di Nucleo rappresentano ormai uno strumento di confronto routinariamente utilizzato nei NCP, l'Accordo Integrativo Locale prevede che almeno due riunioni di NCP siano dedicate al confronto sui Profili; anche per i Profili dei PLS è prevista una massima condivisione e confronto nelle UCP. L'Osservatorio Regionale Cure Primarie viene sistematicamente alimentato; con i rappresentanti del Servizio Assistenza Territoriale della RER si è proceduto ad una verifica e ad un aggiornamento dei dati nell'anagrafica delle Case della Salute		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.5	DGR 830/17 - Valutazione e qualità delle cure primarie								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
progettazione di percorsi di miglioramento		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		50,00%		100,00%	
Aggiornamento dei dati nell'anagrafe delle Case della Salute per tutte le Case della Salute		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
organizzazione, in tutte le Aziende, di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.5	Assistenza Protesica	 100%
------------------------	-----	----------------------	---

Settore obiettivi DGR	2.5	Assistenza Protesica	 100%
-----------------------	-----	----------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 830/17 - Assistenza protesica			 100%
Descrizione Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" Introduce importanti novità e cambiamenti per quanto riguarda l'assistenza protesica. Particolare attenzione viene posta all'appropriatezza prescrittiva obiettivo che vede lo sviluppo di diverse modalità e strumenti; fra questi l'individuazione di medici specialisti in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici. Nel 2017 le Aziende USL dovranno individuare competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la formulazione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili.			Rendicontazione Per gli adeguamenti ai nuovi LEA riferiti dell'Assistenza Protesica (DPCM 12 gennaio 2017) è stato istituito un apposito gruppo di lavoro sotto il presidio diretto della Direzione Sanitaria Aziendale. E' stato affrontato il tema dell'appropriata prescrizione di protesi acustiche in un protocollo interaziendale. Nel protocollo vengono individuati i Centri Prescrittori (strutture dotate di tutta la tecnologia necessaria al completamento del processo), è presente una struttura in ogni Distretto e l'Azienda Ospedaliero/Universitaria ha valenza provinciale. Per quanto riguarda i rinnovi, viene individuato un unico Centro Prescrittore, identificato nell'azienda Ospedaliero/universitaria di Parma. Il "Protocollo per la prescrizione ed i rinnovi di protesi acustiche" è stato formalizzato con nota prot. 0014461 del 03/03/17, a firma del Direttore Sanitario. E' stato predisposto il documento che definisce le competenze, le caratteristiche e le modalità organizzative per la formulazione dell'albo interaziendale dei medici prescrittori di protesi, ortesi ed ausili.		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1		Area della produzione			
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 830/17 - Assistenza protesica								
										100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione documento aziendale		specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.6	Cure Palliative	 66%
------------------------	-----	-----------------	--

Settore obiettivi DGR	2.6	Cure Palliative	 66%
-----------------------	-----	-----------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.2.2	DGR 830/17 - Cure Palliative			 66%
Descrizione Proseguire il percorso di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative (DGR 560/2015 e DGR1770/2016) in particolar modo completare la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari così come previsto dalla DGR 506/2017 e DPCM 12 gennaio 2017			Rendicontazione Attualmente la risposta in cure palliative domiciliari è garantita nel contesto dell'attività ADI, è in fase di individuazione l'Unità di Valutazione Palliativa che opererà sul territorio in stretta collaborazione con MMG e Direzione Rete CP. Per tutto il personale coinvolto sono stati svolti i corsi di formazione programmati specifici in cure palliative in collaborazione e condivisione delle direzioni e personale hospice.		
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.2.2	DGR 830/17 - Cure Palliative								
66%										
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. di malati deceduti per causa di tumore		specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%				0,00%	
Nr. di malati oncologici deceduti in ospedale/Nr. di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale)		specifico flusso di riferimento	% >=		-5,00%		-19,55%		100,00%	
Nr.ricoveri hospice malati oncologici, provenienti da ricovero ospedal. o da domicilio NON assistito (esclusi pazienti in carico a rete cure palliative e seguiti a domicilio)ricovero<= 7 gg/Nr. di ricoveri hospice patologia oncologica		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		25,45%		98,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.7	<u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	 80%
------------------------	-----	--	--

Settore obiettivi DGR	2.7	<u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	 80%
-----------------------	-----	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.1.5.7	DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette			 80%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.1.5.7	DGR 830/17 - Continuità assistenziale – dimissioni protette							 80%
Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. Individuazione tempestiva e conseguente tempestivo avvio dei percorsi rappresentano un elemento imprescindibile dei protocolli 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 i nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma che tra i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani, che sono stati presentati in un incontro di condivisione il 15/12/17. La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est)						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera	specifico flusso di riferimento		% =		45,00%		36,01%		80,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.8	Materno Infantile - percorso Nascita	 88%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.8	Materno Infantile - percorso Nascita	 89%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	1.3.4.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita			 96%

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2017 dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. 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.	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.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.4.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 96%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare	specifico flusso di riferimento		% >=		54,80%		54,00%		99,00%
% di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/ dei parti di donne straniere	specifico flusso di riferimento		% >=		22,30%		18,70%		84,00%
% utenti residenti presi in carico dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti (rispetto a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		90,60%		100,00%
Numero gravide assistite dai consultori familiari/ totale parti (rispetto a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento		% >=		47,80%		52,80%		100,00%
% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto (rispetto a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		14,00%		4,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita			 100%
Nel corso del 2017 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati. Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14) Nell'ambito delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero aziendale sono stati attivati sia gli ambulatori per l'assistenza della gravidanza fisiologica a termine, nonché dei percorsi specifici per la gravidanza a rischio. E' stata attivata la scheda per la scelta del parto per il miglioramento delle competenze della donna durante il percorso assistenziale al parto. Sono stati applicati protocolli integrati Ospedale - territorio sia al momento della dimissione della madre e del neonato, nonché per l'accompagnamento al parto promossi dai Consultori presenti sul territorio. L'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva viene garantita a tutte le donne che lo richiedono. Le procedure STAM e STEN sono state aggiornate e validate a livello interaziendale tra le Aziende sanitarie di Parma e Piacenza, per la valutazione finale si fa riferimento agli AUDIT effettuati sulle due procedure. Il dato relativo al primo indicatore sarà rilevato al 31.12.2017. Non è disponibile, nei flussi a disposizione, il dato relativo alle indagini non invasive eseguite in struttura pubblica. Si conferma l'effettuazione del test nelle strutture ospedaliere del PO aziendale per tutte le donne che lo richiedono. E' stato condotto presso l'ospedale di Fidenza un Audit sulla applicazione di entrambe le due procedure. Rispetto all'applicazione del percorso STAM ,lo stesso è stato correttamente applicato nel 100% dei casi, con accettazione al trasferimento di tutte la gravide per le quali è stato richiesto. I trasporti in attesa della definitiva attuazione dello STEN provinciale continuano con le precedenti procedure. L'analisi dei dati dell'anno 2017 relativi all'attività dell'U.O. di Pediatria, ed in particolare della Nursery evidenziano quanto segue: • N° trasferimenti totali al 19.12.2017: 30 • Si è trattato nella totalità dei casi di trasferimenti verso l'U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma centro Hub • Tali trasferimenti sono avvenuti tutti applicando la procedura aziendale nella sua completezza, che prevede il trasporto del neonato con termoculla da trasporto, accompagnato dal pediatra e dall'infermiere del Servizio Trasporti. In due casi è stata richiesta anche la presenza del Medico Anestesista. • In ognuno dei casi sono stati riportati in cartella del Nido: - le motivazioni del trasferimento - la scheda di trasferimento Inoltre è sempre stato eseguito e inviato insieme al bambino il prelievo di sangue materno (2 provette) per eventuali necessità di prove crociate. L'U.O. di Pediatria di Vaio è pronta e attiva, in termini di formazione del personale e di attivazione della componente logistica necessaria, a prendere parte per quanto di competenza, allo STEN, non appena il protocollo sarà avviato anche da parte del centro HUB di Parma.					

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.1	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 100%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva (rispetto a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=						
Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.2	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 72%
Descrizione			Rendicontazione						
Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il ravaglio/parto rispetto al 2016 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016)...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.14)			In applicazione della DGR 1921/07 al fine di garantire un'assistenza appropriata al parto, presso l'Ospedale di Fidenza su 362 donne gravide che hanno effettuato la visita anestesiológica per accedere alla metodica di controllo del dolore da parto, alla data del 24 agosto 2017, sono state effettuate 201 prestazioni di partoanalgesia, pari al 41,8% dei parti spontanei. L'età media delle donne che hanno scelto questa metodica è pari a 32 anni e il 74% delle gravide erano primipare. I dati sono desunti da banca dati RER (InSIDER) aggiornati evidenziano: Obiettivo1: Fidenza 1,83, BVT 6,76, , con evidenza di obiettivo raggiunto Obiettivo2: Fidenza 13,94%- Borgotaro 8,7% ; si segnala però che l'obiettivo è riferito a strutture con numero di parti superiore o uguale a 1000 nell'anno 2016, per cui non è applicabile alla singola struttura ospedaliera aziendale. Anche gli obiettivi 3 e 4 non sono attinenti alle strutture del Presidio ospedaliero aziendale. Obiettivo 5 Fidenza 16,49% - Borgotaro 18,31%; il dato di Fidenza risulta essere di poco superiore al riferimento contenuto nel DM 70/2015, mentre l'attività del punto nascita di Borgotaro è sospesa dal mese di ottobre 2017.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.2	DGR 830/17 - Materno-Infantile – Percorso Nascita							 72%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto (rispetto a media regionale 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		14,00%		2,26%		100,00%
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		9,40%				
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio spoke con numero parti >=1.000 del 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		7,80%		13,55%		26,00%
Percentuale di tagli cesarei primari HUB	specifico flusso di riferimento		% <=		25,00%				
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE	specifico flusso di riferimento		% <=		15,00%		16,65%		89,00%

Settore obiettivi DGR	2.8.1	<u>Salute riproduttiva</u>	 90%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.3.4.2	DGR 830/17 - Salute riproduttiva								 90%
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 20-34 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).			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; è stato attivato uno spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti (20-35 anni)							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop (rispetto a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		7,00%		5,60%		80,00%	
Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Settore obiettivi DGR	2.8.2	<u>Percorso IVG</u>  72%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale
<!-- Content of the table body row -->		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.3.4.5	DGR 830/17 - Percorso IVG - Area Consultoriale							 77%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2017 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.			Per quanto riguarda la gestione territoriale del Percorso IVG: I consultori familiari hanno migliorato i percorsi di accessibilità per quanto di competenza in tutti e quattro i distretti , al fine di garantire la prestazione nei termini stabiliti.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%		16,00%		59,00%
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%	27,80%	26,40%		94,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	2.2.2.3	DGR 830/17 - Percorso IVG - Area Ospedaliera			66%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.2.3	DGR 830/17 - Percorso IVG - Area Ospedaliera							
			66%						
Nel 2017 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.			Per quanto riguarda la gestione ospedaliera del Percorso IVG : E' stato definito un percorso di equità di accesso al percorso IVG garantendo l'accesso alle diverse metodiche sia farmacologiche che chirurgiche. E' stata posta particolare attenzione ai tempi di attesa tra il rilascio del certificato e l'intervento per le IVG chirurgiche. I dati percentuali individuati saranno rilevati al 31.12.2017. I dati da fonte dati RER (InSIDER) relativi all'anno 2017 sono i seguenti.: % di IVG mediche di residenti/totale IVG residenti è pari a: Distretto di Fidenza 25,21%; Distretto di Borgotaro 56,1%. Per quanto attiene il secondo obiettivo, il dato per l'Ospedale di Fidenza è pari al 40,95% e per l'Ospedale di Borgotaro è pari al 25%. Si segnala però che il dato finale non è riferito alla media dei distretti di riferimento dei due ospedali, ma al bacino provinciale.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (riferito a media regionale 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		27,00%		24,58%		91,00%
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche		specifico flusso di riferimento	% <=		25,00%		39,85%		41,00%

Settore obiettivi DGR	2.8.3	Procreazione medicalmente assistita	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	2.2.2.4	DGR 830/17 - Procreazione Medicalmente Assistita	 100%		

Descrizione		Rendicontazione			
Nel 2017 andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, in particolare:- concludendo il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA, con le visite ai Centri di I livello e aderendo allo stesso percorso per i Centri di nuova attivazione; - implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa; -partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale; - proseguendo una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;		Dal mese di giugno è ripresa l'attività di primo livello del centro di procreazione medicalmente assistita per le funzioni di inseminazione presso lo stabilimento ospedaliero di Fidenza. L'elaborazione degli indici sotto riportati sarà effettuata al 31.12.2017. La lista di attesa omologata è stata correttamente gettata; non esiste, trattandosi di un centro di I livello, lista di attesa per eterologa. E' stata inviata alla RER la comunicazione per l'avvio del percorso di verifica dei requisiti della DGR citate, dei quali è stata verificato il possesso da parte della struttura. Si è in attesa che la visita di verifica venga eseguita.			

Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%				
Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.9	Salute in età pediatrica e adolescenziale	 95%
------------------------	-----	--	--

Settore obiettivi DGR	2.9.1	Contrasto alla violenza	 100%
-----------------------	-------	--------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione	
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 830/17 - Contrasto alla violenza				 100%

Descrizione			Rendicontazione		
Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015). Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e attraverso la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Proseguire nella raccolta delle buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura. Formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza).			Per quanto concerne il PRP 2015-2018 relativamente al Progetto 3.7 Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura si è assolto all'obbligo informativo con la RER effettuando il monitoraggio, la mappatura delle esperienze territoriali, effettuando l'indagine epidemiologica richiesta relativamente all'"indicatore sentinella", minori trattati tramite integrazione multiprofessionale, promosso e contribuito alla formazione di base (ai sensi della DGR1677/13 pgf 7.2) obiettivi trasversali di sensibilizzazione, informazione, "visione multidisciplinare" e alla formazione specialistica su fratture abuso con convegno ad hoc programmato per l'ultimo bimestre 2017 in collaborazione con AOU. La DASS si è inoltre impegnata a supportare le funzioni di governance di sistema nell'ambito della formazione su tematiche inerenti il maltrattamento su minori e violenza assistita curando il dialogo e la collaborazione con l'Università di Parma: partecipazione come docenti al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia nelle attività didattiche elettive su Violenza di genere sul tema della Violenza assistita. Per quanto riguarda il Distretto di Parma è in corso la rivalutazione della bozza di Protocollo già licenziata da parte del Gruppo tecnico Interistituzionale. Non è stata ancora approvata dalla CTSS la formalizzazione del Tavolo Tutela/Infanzia Adolescenza, luogo istituzionale della governance locale territoriale.		

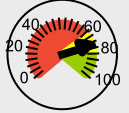
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo	
-----------------------	--	--	-----------------------	--

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 830/17 - Contrasto alla violenza								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
numero di centri LDV mantenuti attivi		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
numero eventi formativi realizzati		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	

Settore obiettivi DGR	2.9.2	<u>Lotta all'antibiotico resistenza</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 830/17 - Lotta all'antibioticoresistenza	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
Distribuire ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillitevincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione. Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (come rilevato tramite il flusso SIVER)			Prosegue il Progetto Proba e la distribuzione dei Kit RAD. Al progetto è legato dal 1/1/2016 un incentivo raggiungibile con il completamento di almeno 50 schede informatizzate, modalità che ha previsto un 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. Si è provveduto alla verifica degli inserimenti sull'applicativo Sole funzionalmente alla trattenuta degli importi corrispondenti nei casi di mancato raggiungimento.		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 830/17 - Lotta all’antibioticoresistenza								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Numero di RAD per PLS (RAD/anno in funzione del numero degli assistiti)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		100,00%	
promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA, num cartelle anno/pls		specifico flusso di riferimento	Numero >=		50,00		50,00		100,00%	
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,50		1,49		99,00%	
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica (rispetto 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		74,23%		67,85%		100,00%	

Settore obiettivi DGR	2.9.3	Promozione all'allattamento	 78%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.3.4.4	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale			 78%
Descrizione		Rendicontazione			
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare		Per quanto riguarda la gestione della Promozione dell'Allattamento da parte dell'U.O. Salute Donna : Sono stati effettuati degli incontri informativi a cadenza mensile (n.6) rivolti alle neo mamme e mamme in gravidanza sull'importanza dell'allattamento al seno nell'ambito delle attività previste dal progetto "Percorso Nascita" in collaborazione con il Comune di Parma. Oltre a quanto previsto dal Progetto della Dimissione Appropriata è stata incrementata l'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento al seno. Per quanto riguarda le attività svolte dalla Pediatria di Comunità per la Promozione dell'Allattamento : All'inizio dell'anno si è proceduto a sensibilizzare gli operatori degli ambulatori vaccinali alla corretta raccolta dati. La rilevazione è solo annuale e i dati vengono elaborati a livello regionale. Nel corso dell'anno 2017 la Pediatria di Comunità ha partecipato a tre incontri sulla tematica in questione in collaborazione con il Salute Donna. I dati 2017 sulla percentuale di allattamento sono in fase di elaborazione da parte della Regione e saranno forniti in aprile: dai primi dati ricevuti sembra che per Parma si siano ridotte le percentuali di schede missing e che la sensibilizzazione effettuata abbia migliorato la raccolta dei questionari			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.3.4.4	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale								 78%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		28,00%		36,68%		100,00%	
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%		55,93%		100,00%	
% non allattamento a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		26,00%		28,69%		90,00%	
% non allattamento a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		21,00%		20,53%		100,00%	
Percentuale di dati mancanti		specifico flusso di riferimento	% <=		10,00%				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione					
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento - Area Pediatria di Comunità								 78%
Descrizione			Rendicontazione							
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			Per quanto riguarda le attività svolte dalla Pediatria di Comunità per la Promozione dell'Allattamento : all'inizio dell'anno si è proceduto a sensibilizzare gli operatori degli ambulatori vaccinali alla corretta raccolta dati. Nel corso dell'anno 2017 la Pediatria di Comunità ha partecipato a tre incontri sulla tematica in questione in collaborazione con il Salute Donna.Per l'Azienda USL di Parma si sono ridotte le percentuali di schede missing e che la sensibilizzazione effettuata ha migliorato la raccolta dei questionari.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 830/17 - Promozione dell'Allattamento - Area Pediatria di Comunità							
									
									78%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		28,00%		36,68%		100,00%
% allattamento completo a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		52,00%		55,93%		100,00%
% non allattamento a cinque mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		26,00%		28,69%		90,00%
% non allattamento a tre mesi (rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% <=		21,00%		20,53%		100,00%
Percentuale di dati mancanti		specifico flusso di riferimento	% <=		10,00%				0,00%

Settore obiettivi DGR	2.9.4	Promozione della salute in adolescenza	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.3.4.3	DGR 830/17 - Promozione della salute in adolescenza							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità.			E stata data la disponibilità da parte degli operatori dell'ausl per gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti attraverso incontri con gli insegnanti e contatti diretti con le scuole. Le azioni effettuate hanno contribuito al miglioramento della percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità.						
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 adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) (rispetto a media regionale anno scolastico 2015/2016)	specifico flusso di riferimento		% >=		18,10%		19,60%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.10	<u>Formazione specifica in medicina generale</u>	 100%
-------------------------------	-------------	---	---

Settore obiettivi DGR	2.10	<u>Formazione specifica in medicina generale</u>	 100%
------------------------------	-------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	7.4.2.1	DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale			 100%

Descrizione		Rendicontazione	
Proseguire nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso: Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali); Individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale. Per le Aziende Sanitarie sede anche di attività didattica teorica: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.		Il Percorso di accoglienza e accesso alle attività formative è stato formalizzato con un documento. Il primo indicatore non è applicabile in quanto l'AUSL di Parma non è sede di attività seminariale. Durante il secondo semestre, è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliere. Con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 è stata inoltre formalizzata la Referente aziendale delle attività pratiche e la rete dei Tutor aziendali per la formazione specifica in medicina generale.	
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance	3.2		Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo	7.4.2.1	DGR 830/17 - Formazione specifica in medicina generale								
										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
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta		specifico flusso di riferimento		Si/No		Si	No	No		
evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese		specifico flusso di riferimento		Si/No		Si	Si	Si		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.11	<u>Salute Mentale, Dipendenze Patologiche</u>	 100%
-------------------------------	-------------	--	---

Settore obiettivi DGR	2.11.1	<u>Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018</u>	 100%
------------------------------	---------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.4.5.1	DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018			 100%

Descrizione		Rendicontazione			
Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2017, e in particolare: Garantire nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD) per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante Rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie		Lo sforzo in questo particolare segmento di utenza ha permesso di realizzare un cruscotto ad hoc per il monitoraggio delle rivalutazioni al 16° anno ed il conseguente passaggio all'età adulta, cruscotto che ha realizzato un report delle attività monitorate durante il primo semestre del 2017. Sono stati nominati i referenti dei servizi SMA per il passaggio dei casi all'età adulta.			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.4.5.1	DGR 830/17 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018								 100%
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero medio di ore settimanali per bambino			specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		4,00		100,00%
Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti			specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.11.2	<u>Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.4.5.2	DGR 830/17 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale					 100%		
Descrizione			Rendicontazione						
Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Gli indirizzi regionali individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione sanitaria e sociale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Definire annualmente le risorse che l'Azienda USL mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute. Promuovere azioni di formazione e aggiornamento coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e le associazioni di familiari e utenti.			Già nel corso del primo semestre, possiamo affermare che il programma degli eventi e la e' già stata realizzata . E' in fase di recepimento la DGR 1110 per quel che riguarda i finanziamenti regionali sul Budget di salute, a seguito della e' stata redatta una delibera di acquisizione.Sono stati coprogettati e realizzati eventi formativi congiunti con gli Enti locali, il terzo settore e le associazioni di utenti e famigliari. La formazione interna e l'attività di coordinamento fra i servizi sono state finalizzate a implementare l'utilizzo del modello BdS nei servizi territoriali						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
organizzazione di eventi formativi		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		5,00		100,00%
evidenza della definizione risorse		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.11.3	Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	1.4.5.3	DGR 830/17 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia							
									100%
Descrizione			Rendicontazione						
La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31 marzo 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.			La realizzazione dei progetti terapeutici individualizzati viene costantemente monitorata dal personale REMS, sia per quel che riguarda la tempistica, sia per quel che concerne la qualità dell'offerta proposta						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.12	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	 48%
------------------------	------	--	--

Settore obiettivi DGR	2.12	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	 48%
-----------------------	------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			 48%

Descrizione

Rendicontazione

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			 48%
La programmazione 2017 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 450 milioni € a livello nazionale e circa 34 milioni a livello regionale, e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi") Le Aziende Usl dovranno assicurare: -il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. 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); - la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA per quanto riguarda l'individuazione delle persone con gravissima disabilità in base a quanto previsto nel decreto stesso e la garanzia dell'immissione dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto;...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.18)			Il Gruppo per l'Integrazione ha effettuato il monitoraggio del FRNA e del FNA, ha monitorato i contratti di servizio e l'applicazione della DGR 273/2016 conseguente al completamento del processo di accreditamento definitivo dei servizi socio-sanitari. Per l'anno 2017 è stato effettuato il riparto del FRNA (decisione CTSS n. 1 del 28/07/2017 e n. 4 del 16/10/2017). Sono stati programmati a livello distrettuale, entro il mese di settembre 2017, i fondi della L. 112/2016 "Dopo di noi" (DGR 733/2017). Ricoveri di sollievo: di competenza del Comitato di Distretto che programma la destinazione del FRNA sulla base delle peculiarità di ogni territorio. La percentuale di giornate di ricovero si diversificano nel quattro Distretti, da un minimo di 0 ad un massimo di 2,3%. Laboratori protetti: le Direzioni di Distretto hanno condiviso con i Comitati di Distretto l'avvio dell'applicazione della nuova percentuale a carico del FRNA a partire dal 2018. Assistenza domiciliare: I dati sono organizzati a livello dei singoli servizi. Casellario dell'assistenza: il DPCM 26/09/2016, art. 5, prevede l'inserimento nel casellario dell'assistenza dell'INPS dei dati anagrafici ed assistenziali delle persone che hanno usufruito di benefici/servizi a valere sulla quota vincolata del FNA e/o sul fondo della legge 112/2016. In data 5/12/2017 il Servizio Assistenza Territoriale della RER ha comunicato ai DASS che "alla data attuale (5/12/2017) il decreto FNA risulta firmato e registrato ma non ancora pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. Solo dopo tale pubblicazione INPS provvederà ad aggiornare il tracciato record secondo quanto disposto dal citato decreto. Appena disponibili, verranno dati aggiornamenti sul tema. Sino a quella data risulta opportuno non inserire alcun dato. L'espressione del parere della Corte dei Conti è del 18/12/2017.		
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance		1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 830/17 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza								 48%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adeguate offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA		specifico flusso di riferimento	% >=		2,00%		0,90%		45,00%	
laboratori protetti disabili: % laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70%/laboratori protetti disabili		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%		0,00%	
assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Corretto utilizzo del FNA: immissione dati casellario dell'assistenza		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No			

Sub-area obiettivi DGR	2.13	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	 100%
------------------------	------	---	---

Settore obiettivi DGR	2.13	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	 100%
-----------------------	------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere			 100%
Per il 2017 si segnalano i seguenti specifici obiettivi, riferiti ad aspetti organizzativi: - Carta servizi: predisposizione della carta dei servizi per la sanità penitenziaria in tutte le Aziende USL - Attuazione Protocollo prevenzione rischio suicidario - effettuazione screening HIV - Piena valorizzazione nella cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie - Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute - Utilizzo del tablet per la somministrazione farmacologica, comprensivo della prescrizione della terapia tramite la cartella SISP			Carta dei Servizi : è stata predisposta la Carta dei Servizi, pubblicata sul sito aziendale, in uso presso il carcere e distribuita ad ogni nuovo giunto. ' E' attuto il protocollo locale tra AUSL di Parma e Il.PP. di Parma sulla prevenzione del rischio suicidario, recepito con deliberazione n. 937 del 30/12/2015 . Test di screening HIV : la percentuale di soggetti a cui è stato prescritto test HIV sui nuovi giunti risulta essere del 85.7% (su 462 nuovi giunti è stato prescritto e erogato a 396 soggetti). Si rileva però che , a fronte della prescrizione ed erogazione dell'esame, non sempre corrisponde la relativa registrazione nell'apposito spazio della cartella SISP: dal momento che il programma calcola solo a chi è stata erogata la prescrizione nella cartella SISP (compilato l'apposito spazio) si rileva che solo su 235 soggetti su 462 nuovi giunti nell'anno 2017 è stato effettuato l'esame, registrando una prevalenza di 50.8%. La discrepanza rilevata tra l'effettiva erogazione e quanto registrato è pertanto data dal fatto che a chi è stato prescritto l'esame, anche se erogato non è stato registrato nell'apposito spazio di cartella SISP. ' Uso della cartella clinica informatizzata sia nella parte del diario clinico della visita sia nell'inserimento della diagnosi e delle terapie Con la scadenza del contratto dei promotori della salute a far tempo dal 30/09 , si è deciso di affidare l'attività di promozione della salute agli infermieri del servizio. E' in programma una formazione specifica di promozione alla salute per tali figure professionali al fine dello svolgimento delle attività di seguito riportate: . attività di accoglienza ai nuovi giunti attraverso colloqui individuali o di gruppo . colloqui a sportello all'interno delle sezioni . attività di gruppo : su tossicodipendenza con Betania , sulla scuola con l'Istituto Scolastico che entra in carcere, . gruppi di educazione sanitaria tematici : prevenzione malattie infettive, educazione alimentare, igiene personale ed ambiente e su igiene dentale . gruppo di educazione motoria sui pazienti paraplegici ' E' stata fatta formazione a tutto il personale infermieristico sull'utilizzo del tablet, sono stati acquisiti 10 tablet . L'uso del tablet è attivo in tutte le aree detentive ad eccezione del settore 41 bis per il sta aspettando dl'autotirzzazion della direzione degli IIPP.		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 830/17 - Case di promozione e tutela della salute in carcere							
		 100%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Terapie farmacologiche somministrate tramite tablet		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		100,00%
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		85,70%		100,00%
Coerenza tra terapie farmacologiche e diagnosi nella cartella clinica informatizzata SISP: numero di pazienti con diagnosi di patologia cronica/numero di pazienti con almeno un trattamento farmacologico per malattie croniche		specifico flusso di riferimento	% =		100,00%		100,00%		100,00%
Adozione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenza di un piano annuale di promozione della salute		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Evidenze specifiche dell'attuazione degli accordi interistituzionali contenuti nel protocollo per la prevenzione del rischio suicidario		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.14	<u>Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici</u>	 97%
------------------------	------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.14.1	<u>Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017</u>	 100%
-----------------------	--------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Obiettivo	5.4.2.1	DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017	 100%
-----------	---------	--	---

Descrizione		Rendicontazione	
Per l'anno 2017, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2016 (-0,1%), che per AUSL di Parma è pari a -0,6% L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (eclusa spesa HCV, Ivacaftor e farmaci oncologici innovativi), viene previsto a livello RE in +6,3% che per AUSL di Parma è pari a +7,1%. L'obiettivo non comprende pertanto: Farmaci innovativi oncologici stamata a livello RER in 45,74 mln.€ e i farmaci per l'epatite C (HCV) e Ivacaftor, per i quali è stata accantonata a livello RER una quota di 36 mln €		La spesa farmaceutica convenzionata netta ha registrato nel 2017 una riduzione del 2,51% rispetto al 2016. L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci è dovuto a: diretta fascia A e DPC +€ 716.224 diretta ex Osp 2 + €1.354.798 vaccini + € 799.120	
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.1	DGR 830/17 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017							
		100%							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% <=		0,60%	-0,98%	-2,51%		100,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2017 - variazione rispetto al 2016		specifico flusso di riferimento	% =		7,10%	11,00%			100,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.2	Governo della spesa farmaceutica	 79%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.2	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica								 50%
Descrizione			Rendicontazione							
Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 50 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria; Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO; Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria; Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2			Al raggiungimento di questi obiettivi concorre anche A.O.U. di Parma . Gli obiettivi relativi a : farmaci per BPCO, farmaci ipolipemizzanti , incretinomimetici e gliflozine sono stati assegnati a luglio, per cui la verifica verrà effettuata per il II semestre. Nel 2017 il consumo di PPI è pari a 52,63 DDD/ 1000 ass.pesati die.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì				0,00%	
Evidenza del monitoraggio del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica	report DAF		Sì/No		Sì	Sì			100,00%	
Prescrizione di ciascun farmaco in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel documento n. 173 del PTR	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì				0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.3	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO							 48%
Descrizione			Rendicontazione						
Farmaci anticoagulanti orali (NAO): adesione alle raccomandazioni contenute nel documento regionale di indirizzo sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali (NAO). La quota dei pazienti naive agli anticoagulanti arruolati al trattamento con i NAO (pazienti incidenti) dovrà esseresovrapponibile a quella dell'anno 2016, mentre dovrà essere dimezzata rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO, e comunque l'incremento di spesa per NAO non dovrà superare i 5 milioni di €			Al raggiungimento di questi obietvvi concorre anche A.O.U. di Parma Pazienti naive ai NAO in carico ai centri accreditati di A.O.U. e di AUSL = 1179, di questi il 60,84% prescritti da AOU mentre i paziente con witch da AVK a NAO = 388 , di questi il 65,13% prescritti da AOU						
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 nuovi pazienti in trattamento per il 2017 per FANV		specifico flusso di riferimento	Numero <=		1.124,00	868,00	1.179,00		95,00%
Privilegiare la prescrizione dei NAO a minor costo		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				0,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.4	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.4	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci							 100%
In relazione al nuovo farmaco per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito della rete cardiologia.			L'obiettivo è su area provinciale; i pazienti in trattamento nel 2017 su prescrizione dei centri di Ausl e Aou Pr sono 16. (10 pazienti fuori Provincia /regione) Tutti i piani sono redatti da centri autorizzati e riportano il cod Aifa						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici							 100%
Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una particolare attenzione deve essere riservata all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico. Specifica attenzione dovrà inoltre essere posta all'uso territoriale dei fluorochinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20- 59 anni e, per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici, alla promozione di azioni informative e di monitoraggio al fine di favorire il controllo delle resistenze batteriche			Gli antibiotici fluorochinolonicici a livello ospedaliero sono utilizzati in pochissimi casi. Per l'area territoriale nel 2017 rispetto al 2016, si è registrato un calo del 2,3% dei consumi di fluorochiniloni nelle donne di età compresa tra 20 e 59 anni.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico a livello territoriale ed ospedaliero	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità. Al fine di consentire il monitoraggio del rispetto delle Linee guida regionale dovrà essere alimentato il data base oncologico (Circolare reg.le n. 17/2016) in ogni una sua parte e altra eventuale iniziativa finalizzata allo stesso obiettivo;			Diffusione dei documenti regionali Grefo pubblicati con l'aggiornamento del prontuario regionale. Iniziato un percorso di collaborazione dei nostri oncologi con gli oncologi di A.O.U. per inserire ulteriori informazioni cliniche dettagliate nell'applicativo Log 80 al fine di alimentare il DB oncologico, secondo quanto disposto dalla Regione . Condivisione dei nuovi protocolli inseriti nel data base della prescrizione informatizzata .						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci Oncologici							 100%
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
alimentazione database regionale		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.7	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Epatite C -							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2017 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità.			Sono stati fatti incontri con gli specialisti della provincia, al fine di condividere le scelte terapeutiche, anche in considerazione del rapporto costo/ opportunità .						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
la strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.8	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Emofilia A e B - Farmaci Neurologici							 50%
Descrizione			Rendicontazione						
Orientare la prescrizione dei fattori della coagulazione nel trattamento e nella profilassi dei sanguinamenti in pazienti con emofilia A e B, sia nei nuovi pazienti sia nei soggetti già in trattamento sottoposti a switch prescrittivo, ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte di magazzino e aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna. Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271)			Il Centro hub dell' emofilia è presso A.O.U., per cui obiettivo comune tra le due Aziende Sanitarie. Diffusione delle linee Guida terapeutiche Regionali: Farmaci per la cura della malattia di Parkinson allo specialista di riferimento della Ausl di Parma e monitoraggio delle nuove prescrizioni di duodopa e apomorfina. Diffusione dei documenti regionali per la cura della Sclerosi Multipla (linee guida rer, Piani terapeutici)						
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
Orientare la prescrizione ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte ed aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		0,00%
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e sclerosi multipla) - PTR n. 239 e 271		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare							 80%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 830/17 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilare							 80%
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni per i seguenti indicatori:			Gli obiettivi sono di area provinciale; per l' Infiximab è stato possibile valutare solo la prescrizione della endoscopia digestiva dell' ospedale di Fidenza. Il numero dei nuovi pazienti del 2017 in terapia con somatropina è 18 (in carico al centro di AOUPr) : di questi il 50% è in terapia con Omnitrope, 22,20% con Humatrope e il 16,70% con Nutropin AQ. Nel corso del 2017 si è registrato un consumo molto basso di follitropina biosimilare, per tale condizione clinica si è osservato che molte pazienti residenti si rivolgono a centri fuori provincia e 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
anti TNF alfa (consumo biosimilare etanercept)	specifico flusso di riferimento		% >=		35,00%		81,25%		100,00%
anti TNF alfa (consumo biosimilare infliximab)	specifico flusso di riferimento		% >=		45,00%	55,80%	60,10%		100,00%
epoetine	specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%	50,20%	56,00%		80,00%
introduzione nella pratica della follitropina biosimilare (consumo totale principio attivo)	specifico flusso di riferimento		% >=		10,00%		0,00%		0,00%
ormone della crescita prescrizione farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara per la % del fabbisogno al termine della validità della stessa	specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%	83,00%	88,90%		100,00%
aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio (ridurre i consumi complessivi con i due prodotti più costosi rispetto al 2016)	specifico flusso di riferimento		% <=		15,00%		-1,32%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.3	Rimodulazione canali distributivi - Intesa distribuzione per conto	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	5.4.2.10	DGR 830/17 - Rimodulazione dei canali distributividei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Rimodulazione dei canali distributividei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto recepita con DGR n. 327/2017, prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci – convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta; le Aziende sanitarie dovranno provvedere al progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata.			In accordo con le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati locali, sono stati inseriti nuovi farmaci da distribuire attraverso la DPC, in aggiunta a quelli previsti dal precedente accordo, a partire dal 1 agosto 2017 recependo le Intese inerenti la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci (convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta), sottoscritte dalle Associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati e dall' Assessore regionale sulla distribuzione per conto approvato con DGR n.1184/2014, con proroga della validità di quest'ultimo atto deliberativo al 31 dicembre 2018.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla Convenzionata: superamento del numero pezzi del 2016		specifico flusso di riferimento	Numero >=		131.262,00	85.098,00	175.584,00		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.4	<u>Adozione di strumento di governo clinico</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 830/17 - 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. Promuovere la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigilFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza. Programmare almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego di dispositivi medici. Al fine di coinvolgere tutti i professionisti interessati, la programmazione del corso può essere effettuata in più edizioni a partire dal 2017			E' stato organizzato un evento formativo con l'obiettivo di promuovere la segnalazione di ADR mediante la piattaforma web " Vigifarmaco" . E' stata approvata la procedura " Vigilanza sui Farmaci". Relativamente ai dispositivi medici, è in corso di predisposizione della procedura sulla dispositivo-vigilanza, che verrà resa accessibile sul portale						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. Eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00	0,00	1,00		100,00%
% di ADR inserite nella piattaforma Web "VigilFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali(incremento rispetto al 2016)		specifico flusso di riferimento	% >=		42,00%	55,77%	57,70%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.5	Acquisto ospedaliero di dispositivi medici	 98%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	5.4.2.12	DGR 830/17 - Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici							
									98%
Descrizione			Rendicontazione						
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica)...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.24)			Relativamente ai diagnostici in vitro, persistono le criticità in merito alla attribuzione del codice di repertorio (RDM) ai fini della completezza del flusso Di.Me. Le carenze sono attribuibili prevalentemente alla mancanza di registrazione, da parte delle ditte produttrici, dei prodotti nel repertorio nazionale. Circa i dm riferiti alla assistenza integrativa e protesica, non si registrano lacune di sorta sotto questo profilo. Relativamente alla completezza del flusso riferito sempre ai diagnostici in vitro (IVD), il consuntivo regionale 2017 evidenzia per l' AUSL di Parma un tasso di copertura pari al 122,5 %, che appare non rispondente all'effettivo numero delle referenze cui è associato il codice di repertorio. La discrepanza fra entità della spesa rispetto al conto economico riferito ai diagnostici in vitro sembrerebbe la causa di tale sovrastima. Alla spesa in questione potrebbero avere concorso i service di laboratorio, il cui conto economico non coincide però con quello dei diagnostici in vitro. L'attività tesa ad assicurare la tracciatura degli IVD nel flusso dime attraverso l'attribuzione del codice di repertorio (RDM) è costantemente perseguita nei confronti anche dei continui aggiornamenti delle referenze anagrafiche.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico		DI.Me	% >=		25,00%	29,50%	122,50%		100,00%
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico		DI.Me	% >=		95,00%		90,30%		95,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.6	<u>Attuazione della LR 2/2016</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	5.4.2.13	DGR 830/17 -Attuazione L.R. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"				 100%			
Descrizione			Rendicontazione						
La legge 2/2016 dispone all'art. 11, comma 1, lettera f) che le aziende USL svolgano attività istruttoria rispetto agli atti di competenza del Comune. Le Aziende USL dovranno curare l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario bandito ai sensi dell'art. 11 DL 1/2012. Inoltre l'art, 21 comma 2 della medesima legge regionale dispone che all'erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali e all'istruttoria delle relative domande provvedano le Aziende USL.			Sono stati fatti tutti gli atti istruttori dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario bandito ai sensi dell'art. 11 DL 1/2012. Sono stati erogati i contributi regionali alle farmacie rurali presenti nella graduatoria regionale anno 2017 ai sensi dell'art.21,comma 2 della L.R. n.2 del 03/03/2016 e s.m.i.						
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 liquidazione entro 31/12/2017 dei contributi concessi alle farmacie rurali		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.14.7	<u>Attività Formazione sul farmaco da parte di informatori scientifici</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 830/17 -Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n. 2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende sanitarie dovranno adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF). Le Aziende Sanitarie dovranno regolamentare le modalità di svolgimento degli incontri, in particolare, promuovendo la realizzazione di incontri collegiali in sostituzione delle visite individuali e inserendo le modalità di verifica, anche a campione, del possesso del tesserino identificativo regionale da parte degli ISF che accedono alle strutture per lo svolgimento degli incontri.			Con delibera n. 480 del 1.8.17 è stato adottato il Regolamento Aziendale in materia di informazione scientifica sul farmaco e sui dispositivi medici. Il Dipartimento Farmaceutico ha applicato subito il Regolamento e la raccolta della modulistica attestante gli incontri avvenuti è a cura del direttore del Dipartimento.							
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.15	Adozione Cartella SOLE	 100%
------------------------	------	-------------------------------	---

Settore obiettivi DGR	2.15	Adozione Cartella SOLE	 100%
-----------------------	------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
---	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	1.1.5.8	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE			 100%

Descrizione	Rendicontazione
In aprile 2017 la Regione Emilia-Romagna ha siglato, con le organizzazioni sindacali della medicina generale, un'intesa per l'adozione del software di gestione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) "Cartella SOLE". Le Aziende devono promuovere il percorso di diffusione della cartella SSI con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento. La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura, che impegna tutte le Aziende ad agevolare il percorso fornendo tutto il supporto necessario e collaborando con i servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie Sanitarie e Socio-sanitarie). Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.	I DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000. Nell'Azienda USL di Parma sono 204 i MMG che hanno aderito all'SSI (71%), in 9 non hanno aderito (3,2%), ed in 72 non hanno manifestato l'intenzione (24,8%). Sono già 104 i MMG con la SSI installata (35,5%) ed è già stata pianificata la attivazione per i rimanenti MMG che hanno aderito all'SSI.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	1.1.5.8	DGR 830/17 - Adozione Cartella SOLE							 100%
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati		specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%	14,70%	35,50%		100,00%

Area obiettivi DGR	3	<u>Assistenza Ospedaliera</u>	 92%
Sub-area obiettivi DGR	3.1	<u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	 95%
Settore obiettivi DGR	3.1	<u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	 95%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti
Obiettivo	2.2.2.5	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero			 95%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.2.5	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero			
La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1056/2015; attraverso l'individuazione del RUA, Responsabile Unico Aziendale, le Aziende devono avviare e conseguire la corretta gestione delle liste di attesa. Dovranno essere garantiti: -rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali -controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale -gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione -finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate -adeguata accoglienza, gestione e informazione dei pazienti, attraverso una idonea formazione degli operatori -governo del rinvio degli interventi programmati. E' prevista l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. Sarà integrato il nomenclatore SIGLA con interventi e procedure chirurgiche, utilizzando la classificazione ICD-9-CM; l'adozione del sistema ICD-9-CM consentirà una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la gestione della sala operatoria. Ridurre i tempi di attesa: Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda; Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA; Rispetto obiettivi DGR 272/2017; Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa ..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.27)					
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti				
Obiettivo	2.2.2.5	DGR 830/17 - Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero							 95%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indicatore sintetico (RADAR) - Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		70,37%		88,00%
IP Per i tumori selezionati (entro 30 gg)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	67,90%	100,00%		100,00%
IP per le protesi d'anca (entro 180 gg)		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	56,00%	100,00%		100,00%
Nr. di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti (adozione nuovo nomenclatore SIGLA)		SIGLA	% >=		95,00%		100,00%		100,00%
Nr. di obiettivi raggiunti - DGR 272/2017		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		92,00%		92,00%
IP per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)		specifico flusso di riferimento	% <=		90,00%		100,00%		89,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.2	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	 100%
------------------------	-----	---	---

Settore obiettivi DGR	3.2	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	 100%
-----------------------	-----	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.6	DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero			 100%

Descrizione		Rendicontazione			
Nell'anno 2017 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 rispettando la dotazione massima di posti letto pubblici previsti. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno provvedere all'eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera in relazione alle valutazioni di congruità così come trasmesse dalla Direzione Generale.		Con deliberazione 1006 del 30.12.2016 sono proseguite le azioni per il riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 che per il Presidio Ospedaliero Aziendale alla data del 01.01.2017, hanno prodotto la rimodulazione dei posti letto sotto specificata. - Ospedale di Fidenza: trasformazione di 6 posti letto di Day Hospital afferenti all'U.O. di Cure Palliative in Day Service ambulatoriale oncologico; trasferimento di 1 posto letto di degenza ordinaria dall'U.O. di Neurologia all'U.O. di Medicina Interna. - Ospedale di Borgo Val di Taro: chiusura di 6 posti letto di degenza ordinaria afferenti all'U.O.S. di Ostetricia e Ginecologia; trasformazione di 1 posto letto di day Hospital afferente all'U.O.S.D. di Medicina Interna in Day Service ambulatoriale oncologico. E' istituita una breast unit di livello interaziendale, mentre per le valutazioni prechirurgiche è attiva una commissione ospedaliera multidisciplinare, coordinata dalla U.O.C. cure palliative.			
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.6	DGR 830/17 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	3.3	<u>Appropriatezza</u>	 85%
-------------------------------	------------	------------------------------	--

Settore obiettivi DGR	3.3	<u>Appropriatezza</u>	 85%
------------------------------	------------	------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	2.2.2.7	DGR 830/17 - Appropriatezza			 85%

Descrizione	Rendicontazione
Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza. In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controlli obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui DRG ad alto rischio di inappropriatezza(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.28)	E' attivo un sistema di controlli trimestrali del 2,5% della produzione di DRG ad alto rischio di inappropriatezza. L'indicatore che evidenzia il rapporto tra ricoveri attribuiti e DRG a rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza è valutato sempre annualmente. I dati desunti dalla RER InSIDER attualmente disponibili sono riferiti ai primi 9 mesi dell'anno 2017. Per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, il dato complessivo dell'AUSL di Parma è pari a 0,25, i dati specifici sono: 0,17 per l'Ospedale di Fidenza e 0,29 per l'Ospedale di Borgotaro. Per quanto riguarda i 6 DRG da monitorare: DRG 008: Fidenza - 55,56%, BVT - 75%. DRG 088: Fidenza -16,98% BVT +57,89%. DRG 158: Fidenza +3,7% BVT -8,47%. DRG 160: Fidenza -23,33% BVT -26,67%. DRG 503: Fidenza -14,935 BVT +83.33. DRG 538: Fidenza 0% BVT +70%. la variazione complessiva risulta essere di 6 punti percentuali, superiore quindi all'atteso.

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.2.7	DGR 830/17 - Appropriatezza								 85%
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538 raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.			specifico flusso di riferimento	% <=		5,00%		6,00%		80,00%
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario = 0,21 (Griglia LEA)			specifico flusso di riferimento	% <=		0,21%		0,23%		90,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.4	<u>Volumi - Esiti</u>	 96%
------------------------	-----	-----------------------	--

Settore obiettivi DGR	3.4	<u>Volumi - Esiti</u>	 96%
-----------------------	-----	-----------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.2.8	DGR 830/17 - Volumi-esiti			 91%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.2.8	DGR 830/17 - Volumi-esiti			 91%
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nella banche dati disponibili ed aggregati per "reparto". In particolare le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per tumore primitivo della mammella inferiore ai 150 casi, per colecistectomia inferiore ai 100 casi, per frattura di femore inferiore ai 75 casi. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate. Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, si richiama l'attenzione al raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione. Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi. Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015			E' stato predisposto un sistema di monitoraggio costante dei tempi di attesa con il coinvolgimento delle Unità Operative chirurgiche per la riorganizzazione delle sedute operatorie con la finalità di rispettare i tempi di attesa previsti dalla RER per le varie tipologie di interventi sotto indicati. I dati finali saranno elaborati alla data del 31.12.2017. Si precisa che il Presidio Ospedaliero aziendale non è sede di Trauma Center e non è prevista l'effettuazione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella nelle sedi ospedaliere di Fidenza e Borgotaro in quanto è stato attivato il percorso interaziendale di Breast Unit con AOU di Parma. Per la valutazione finale, i dati disponibili sono desumibili da fonte RER (InSIDER) Gli interventi per frattura di femore sono stati a Fidenza 146 e a Borgotaro 48, pertanto, il dato% è del 99,32 a Fidenza e 0% a Borgotaro. Il numero di colecisti è stato pari a: Fidenza, 179; Borgotaro 68, il dato% è pertanto pari al 100% a Fidenza e al 0% a Borgotaro. La proporzione di casi di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni è stato pari a 57,14% a Fidenza e 88,36% a Borgotaro. Gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore sono stati pari a: 63,41% a Fidenza e 76,32 % a Borgotaro. Entrambi gli obiettivi sono stati quindi pienamente raggiunto presso la struttura ospedaliera di Borgotaro. A Fidenza i volumi di ricoveri per IMA (casi/anno) previsti dal DM/70 è stato pari a 223 e a Borgotaro 51.		
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.2.8	DGR 830/17 - Volumi-esiti							 91%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura all'anno		specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		74,74		100,00%
numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura all'anno		specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		72,47		72,00%
tumore della mammella: numero minimo di interventi per Struttura all'anno		specifico flusso di riferimento	Numero >=		150,00				
Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA(casi/anno)		specifico flusso di riferimento	Numero =		100,00		274,00		100,00%
Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per Trauma Center(casi/anno)		specifico flusso di riferimento	Numero =		250,00				
colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		65,09%		87,00%
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore		specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%		66,46%		95,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.2.9	DGR 830/17 - Volumi-esiti							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente		Area Performance	1.3	Area degli Esiti				
Obiettivo	2.2.2.9	DGR 830/17 - Volumi-esiti			 100%					
Per quanto riguarda la Rete Stroke, la relazione stato avanzamento della rete dovrà tener conto dei seguenti parametri: % trombolisi e.v.; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 gg per ogni Stroke Unit ed essere inviata contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra con scadenza ottobre 2017.				Per quanto riguarda la rete Stroke provinciale è in corso di elaborazione la relazione tecnica per l'implementazione del percorso con AOU di Parma che terrà conto dei parametri specifici sotto elencati. La relazione è stata stilata dal direttore della U.O. di Neurologia dell'Ospedale di Fidenza, dr. Jann, nel mese di ottobre 2017, tenendo conto dei parametri specifici elencati relativi allo stato di Avanzamento della Rete Stroke: -numero ictus ischemici ricoverati nel primo semestre 2017 (escluso i casi di Borgotaro): 91 -numero di trombolisi venose effettuate: 15 (16,48%) -numerosi di trombolisi intraarteriose effettuate: 1 (1%) -numero di ictus emorragici ricoverati nel primo semestre 2017: 36 -numero di pazienti deceduti entro 30 gg: 14 -percentuale riabilitazione codice 56 e 60: 27 (29,6%)						
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rete Stroke: relazione stato avanzamento della rete		specifico flusso di riferimento		Si/No		Si		Si		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.5	<u>Emergenza Ospedaliera</u>	 100%
------------------------	-----	-------------------------------------	---

Settore obiettivi DGR	3.5	<u>Emergenza Ospedaliera</u>	 100%
-----------------------	-----	-------------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	
---	--	--	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	2.2.2.10	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	2.2.2.10	DGR 830/17 - Emergenza ospedaliera			 100%					
Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono, integrare il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso con le direttive che fornite dal gruppo di lavoro Pronto Soccorso ed in particole predisporre i sistemi informativi per la rilevazione di indicatori di monitoraggio dell'iperafflusso. Le Aziende devo contribuire a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR). Le aziende dovranno provvedere a rilevare regolarmente i suddetti indicatori mediante l'adeguamento dei propri sistemi informativi. Entro fine 2017 dovrà essere completato l'adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza. Per l'attivazione di STAM si richiamano i contenuti della suddetta DGR che prevede: "L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale".			Si proceduto all'aggiornamento ed alla validazione della procedura operativa STAM ed alla sua attivazione. Anche per la procedura STEN si è provveduto alla elaborazione e validazione sia a livello provinciale che interprovinciale tra le Aziende sanitarie di Parma e Piacenza. E' in fase di costituzione il gruppo di lavoro tra PS e Servizio RIT aziendale per la predisposizione del sistema informativo con gli indicatori per il monitoraggio dei picchi di iperafflusso.Nel corso del secondo semetre, sono stati testati i percorsi di integrazione tra i software di ET eps, SONO RILEVABILI DATA E ORA DI DIMISSIBILITA', UNICO DATO RICHIESTO DALLA RER NON RILEVABILE PRECEDENTEMENTE. E' in fase di predisposizione l'implementazione dell'applicativo per la rilevaziione dei dati per il calcolo del NEDOC. Le procedure STAM e STEN provinciali sono disponibili, ma non compiutamente applicate per la parte relativa allo STEN. E' stato effettuato l'AUDIT relativo alla procedura STEN, che evidenzia come punto di forza la livello delle strutture SPOKE la predisposizione di tutte le condizioni, strutturali e di formazione, idonee all'avvio dela gestione dello STEN da parte della struttura HUB. Si conferma il regolare percorso della procedura STAM, sulla base dell'AUDIT nel corso del quale sono stati verificati gli indicatori della procedura interaziendale, con il il 100% di accettazione della richieste da parte della AOSP di Parma.							
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	
Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Prevedere un collegamento tra il flusso del PS e quello dell'Emergenza Territoriale		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	3.6	<u>Attività trasfusionale</u>
-------------------------------	------------	--------------------------------------

Settore obiettivi DGR	3.6	<u>Attività trasfusionale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Obiettivo	2.2.2.11	DGR 830/17 - Attività trasfusionale
------------------	-----------------	--

Descrizione		Rendicontazione
E' mandatario continuare a garantire l'autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti. Le aziende dovranno a tal fine provvedere all'approvazione delle convenzioni con le federazioni e associazioni dei donatori. Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue è necessario che ciascuna azienda sviluppi un progetto di PBM (patient blood management) in ambito chirurgico ai sensi del DM del 2 novembre 2015 e secondo le Linee Guida del CNS.		In applicazione della normativa nazionale e con la collaborazione con l'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'AOU di Parma è stata aggiornata, validata e presentata nei Comitati dei Dipartimenti del P.O. nel febbraio 2017, la procedura del sangue e degli emocomponenti aziendale. In considerazione dell'attività svolta dalla Commissione del Buon Uso del sangue Umano sono stati individuati dei percorsi più razionali per l'impiego della risorsa sangue e sono state individuate indicazioni precise per l'adozione di comportamenti corretti, omogenei e certi sia nei confronti della risorsa sangue che nei confronti della sicurezza del paziente. Per quanto attiene agli specifici indicatori riportati in calce, si tratta di adempimenti di competenza dell'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'AOU di Parma, in corso di realizzazione. Gli obiettivi, pertanto, non sono applicabili

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
Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Programmazione di almeno una iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				
Trasmissione entro il 30 luglio delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017.	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì				

Sub-area obiettivi DGR	3.7	<u>Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	 100%
------------------------	-----	--	---

Settore obiettivi DGR	3.7	<u>Attività di donazione d'organi tessuti e cellule</u>	 100%
-----------------------	-----	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.12	DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	2.2.2.12	DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule			 100%
		Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti, si è ritenuto, nell'ambito del riordino ospedaliero, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia - Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2017 in continuità con quanto richiesto per lo scorso anno: - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni; - Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti; - Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna); - Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna).			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.1	Area della produzione				
Obiettivo	2.2.2.12	DGR 830/17 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) come da obiettivi di incremento/ mantenimento del CRT-ER		specifico flusso di riferimento	Numero >=							
Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	
Percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Relazione indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	3.8	Sicurezza delle cure	 90%
------------------------	-----	-----------------------------	--

Settore obiettivi DGR	3.8	Sicurezza delle cure	 90%
-----------------------	-----	-----------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.4.2.1	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure			 90%
Descrizione			Rendicontazione		
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure Eventi sentinella e Incident Reporting Check list Sala Operatoria Identificazione Paziente Raccomandazione sicurezza delle cure Prevenzione e gestione delle cadute			Piano programma triennale presente ed aggiornato. Sistema IR popolato; Procedura cadute in fase di revisione dopo aver condotto audit previsto dalla regione. Raccomandazione 6: partita la fase di verifica della documentazione presente. Esplorazione UUOO in cui è utilizzato braccialetto identificativo terminata. Osservazioni su SSCL terminata. Monitoraggio Agenas: non ancora pervenuta la procedura da parte di AGENAS; Procedura IR utilizzata da tutti i Dipartimenti: flusso ES utilizzato.		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.1	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure								 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
aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 “Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/ o parto” e Raccomandazione 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano”			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si				0,00%
effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure.			specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.1	DGR 830/17 - Sicurezza delle cure							 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
report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.9	<u>118 e Centrali Operative</u>	 100%
-------------------------------	------------	--	---

Settore obiettivi DGR	3.9	<u>118 e Centrali Operative</u>	 100%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
---	--

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo	 100%
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 830/17 - 118 e Centrali Operative				

Descrizione	Rendicontazione
Nel 2017 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma devono consolidare la funzione di interoperabilità delle centrali 118 garantendo, sentiti i responsabili delle centrali 118, idonei percorsi formativi e di retraining degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza. Entro la fine del 2017 le Aziende territoriali devono assicurare la omogeneizzazione dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016. L'Azienda USL di Bologna nel 2017 dovrà garantire il necessario supporto tecnico e amministrativo alla estensione alle ore notturne del funzionamento della base elisoccorso di Bologna. Le Aziende sanitarie individuate come sedi degli eventuali siti di atterraggio/decollo notturni dovranno a loro volta garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo per la loro realizzazione.	E' stato completato il percorso di omogenizzazione dei protocolli avanzati ed è stata completata la formazione degli infermieri. E' stata allestita e la piattaforma di elisoccorso di competenza della USL di Parma presso Ospedale di Borgo Taro rendendo operativo, dal mese di dicembre 2017, il volo in ore notturne. In tal modo si qualifica così ulteriormente il Servizio di emergenza/urgenza 118 a disposizione dei cittadini, soprattutto nelle zone più decentrate e di difficile accesso, come quelle montane. La Centrale Operativa 118 può infatti ora contare su un ulteriore mezzo per i trasferimenti dei pazienti tra Ospedali, anche di notte.

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 830/17 - 118 e Centrali Operative							 100%
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.10	<u>Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	 100%
-------------------------------	-------------	--	---

Settore obiettivi DGR	3.10	<u>Rete delle Cure Palliative pediatriche</u>	 100%
------------------------------	-------------	--	---

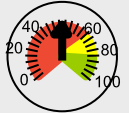
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
---	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 830/17 - Rete delle cure palliative pediatriche			 100%

Descrizione	Rendicontazione
La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna", stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale che si costituirà presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico	A maggio si è tenuto a Bologna l' incontro regionale interaziendale sulla valutazione dello stato della rete pediatrica e presentazione progetto hospice pediatrico. La rete di Cure palliative pediatriche è inserita a pieno titolo nella rete locale di cure palliative AUSL e AOU PR e partecipa con i suoi referenti al progetto di riorganizzazione.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della produzione				
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 830/17 - Rete delle cure palliative pediatriche							 100%
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.11	Accreditamento	 50%
------------------------	------	----------------	--

Settore obiettivi DGR	3.11	Accreditamento	 50%
-----------------------	------	----------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.3.2.1	DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012			 50%

Descrizione		Rendicontazione	
Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione a livello aziendale, anche mediante autovalutazioni ed audit interni. A tal fine si chiede alle aziende di proseguire con le attività di autovalutazione avviate e di predisporre un piano di adeguamento rispetto ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa. Secondo quanto previsto dalla DGR 1604/2015, le strutture già accreditate dovranno presentare domanda di rinnovo secondo le modalità ed i tempi che saranno comunicati in corso d'anno e comunque non prima della definizione delle nuove procedure. Le Aziende sanitarie sono chiamate garantire l'aggiornamento dell'Anagrafe delle strutture autorizzate ed a verificarne la completezza.		1.L'ufficio ha provveduto a stilare un elenco delle Strutture Aziendali che dovranno presentare domanda di accreditamento/rinnovo in seguito alla definizione da parte della Regione, delle nuove procedure. 2. L'autovalutazione è stata effettuata nel 2016. Per definire un piano di adeguamento la Direzione Aziendale, ha costituito un gruppo di coordinamento rappresentato da figure professionali che, per ruoli aziendali svolti e per competenze specifiche, risultano adeguatamente rappresentativi dei criteri e requisiti esplicitati nella DGR 1943/2017": Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie". In ottemperanza a quanto richiesto l'Azienda è impegnata nella raccolta e classificazione delle evidenze documentali necessarie.	
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.2.1	DGR 830/17 - Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012								 50%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%				0,00%	
Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Area obiettivi DGR	4	<u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>	 99%
Sub-area obiettivi DGR	4.1	<u>Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e garanzia dei LEA</u>	 100%
Settore obiettivi DGR	4.1.1	<u>Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 830/17 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
Nel corso del 2017 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. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute: -?agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016; -?all'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'indicatore di tempestività dei pagamenti è in continuo miglioramento e al termine del 2° semestre si è attestato su tempi di pagamento di circa 46 giorni, performance molto migliore di quanto richiesto dalla Regione e dalla normativa nazionale. L'indice è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale; in ordine al servizio di tesoreria su base regionale la nostra azienda ha aderito nell'anno 2015. Per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza si rimanda alla sezione dedicata. L'indicatore alla fine dell'anno 2017 è ulteriormente migliorato, assestandosi a un valore di - 20,41, con una media annuale di -15,86; pertanto alla fine dell'anno 2017 i fornitori aziendali venivano pagati entro un termine medio di circa 40 giorni.			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 830/17 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR							 100%
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Indice di tempestività dei pagamenti		specifico flusso di riferimento	% <=		0,00%		-33,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.2	<u>Il miglioramento del sistema informativo contabile</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
Nel corso del 2017 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. Nel corso del 2017 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 appresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.		Trattasi di obiettivo da valutarsi soprattutto al termine dell'esercizio, in quanto la maggior parte degli indicatori saranno misurabili soprattutto in funzione dei contenuti di tale fondamentale documento, oltre che dell'approvazione del bilancio economico preventivo da parte della Regione, circostanza non ancora verificatasi. Al momento si rappresenta che le informazioni fino ad ora inserite nel sistema informativo degli scambi economici a livello regionale sono corrette. Al termine dell'esercizio 2017 si conferma che la piattaforma regionale degli scambi tra le aziende sanitarie provinciali è stata regolarmente e correttamente alimentata, così come sono state ulteriormente affinate le modalità di utilizzo dei conti economici e patrimoniali, come verrà reso formalizzato evidente in sede di bilancio d'esercizio.			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 830/17 - Il miglioramento del sistema informativo contabile							 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
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite.		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio.		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.3	<u>Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 830/17 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
In continuità con gli esercizi precedenti, le Aziende sanitarie nel corso del 2017 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. In particolare: Le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:- a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali; - a redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali;- ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali;(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag. 36)			La struttura interaziendale Internal Auditing sta coordinando il lavoro di redazione delle procedure e dei regolamenti aziendali previsti dalla programmazione regionale e sta interagendo con il Collegio Sindacale per la effettuazione delle revisioni limitate e per la compilazione delle check list. Trattasi di attività in corso e al momento la tempistica indicata dalla Regione è stata rispettata. Nel corso del secondo semestre 2017 il Collegio Sindacale ha completato l'esame di tutte le procedure aziendali previste dal PAC nell'ambito del progetto "Revisioni limitate", e ha trasmesso le relative valutazioni alla Regione Emilia Romagna, indicando talune aree di miglioramento che la struttura di Internal Auditing ha recepito e diffuso in azienda per i necessari adeguamenti da implementare progressivamente.		
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance		4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 830/17 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Implementazione Adempimenti 2017: Area Crediti-Ricavi		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		100,00%	
Implementazione Adempimenti 2017: Area Debiti-Costi		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		100,00%	
Implementazione Adempimenti 2017: Area Disponibilità liquide		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		100,00%	
Implementazione Adempimenti 2017: Progettazione Sistema di Audit		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		100,00%	
Implementazione Adempimenti 2017: Revisioni Limitate		specifico flusso di riferimento	% <=		100,00%		91,80%		100,00%	

Settore obiettivi DGR	4.1.4	<u>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.1.2.4	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Le Aziende sanitarie sono impegnate: -?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; -a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC); -ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; -?ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.			L'azienda è costantemente presente con un proprio dirigente al tavolo di coordinamento, così come è costante la partecipazione ai singoli tavoli tecnici(Vedi Obiettivo num. 7.3.2.1) anche per il secondo semestre.						
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 attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 830/17 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Le Aziende sanitarie sono impegnate: -?ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; -a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC); -ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; -?ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.			Il Dirigente responsabile del Controllo di Gestione ha partecipato attivamente a tutte le riunioni dei gruppi di lavoro regionali, garantendo il raccordo con la Direzione Aziendale. Nei sottogruppi sono stati coinvolti i collaboratori del Dipartimento Valutazione e Controllo interessati rispetto alle tematiche affrontate, per garantire un più ampio supporto tecnico specialistico in relazione anche alla valutazione di impatto della implementazione del nuovo sistema informativo						
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 attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro	specifico flusso di riferimento		% >=		95,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.2	<u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	 99%
------------------------	-----	--	--

Settore obiettivi DGR	4.2	<u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	 99%
-----------------------	-----	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 830/17 - Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi			 99%

Descrizione	Rendicontazione
Occorrerà valutare come si andranno consolidando le norme in materia di appalti pubblici. Come detto, nel 2016 è stato pubblicato il nuovo Codice dei Contratti e tuttavia il quadro normativo appare tutt'altro che stabilizzato: non sono stati infatti pubblicati tutti gli atti attuativi del nuovo codice, alcuni dei quali hanno una notevole portata. In particolare la definizione del nuovo sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti potrebbe produrre notevoli mutazioni dell'assetto organizzativo degli appalti pubblici in quanto molte Amministrazioni potrebbero trovarsi nell'impossibilità di gestire procedure di gara e quindi dovranno rivolgersi alle centrali di committenza qualificate. Inoltre appare ancora poco chiara la definizione del nuovo modello per la nomina delle commissioni giudicatrici, sistema anch'esso in grado di produrre notevoli impatti, soprattutto sui tempi di aggiudicazione delle procedure. Oltre a ciò, è prevista nella prima metà dell'anno l'emanazione di un decreto correttivo al Codice degli Appalti che produrrà certamente la necessità di un ulteriore adeguamento di procedure, processi e strumenti informatici. Altro provvedimento che interverrà nel corso del 2017 è... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.37)	Il progetto è stato sviluppato regolarmente, tenendo conto anche del processo di integrazione fra le aziende sanitarie della Provincia di Parma, che richiede una intensa attività di razionalizzazione ed armonizzazione delle procedure. Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi sotto indicati. Relativamente all'obiettivo sul livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi si segnala un miglioramento della percentuale del 6% rispetto all'anno 2016; tuttavia il raggiungimento dell'obiettivo avverrà a conclusione delle procedure di gara regionali sui servizi alberghieri, in corso di espletamento e pertanto lo stesso non è attribuibile ai Servizi interessati.

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 830/17 - Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi								 99%
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	
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER (rispetto al importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie)		specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%		89,62%		100,00%	
Numero di richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		20,00		23,00		100,00%	
Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nei contratti di beni e servizi stipulati		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria (rispetto al tot di acquisti beni-servizi)		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		72,89%		91,00%	
ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER		specifico flusso di riferimento	% >=		35,00%		43,00%		100,00%	
Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	4.3	<u>Il governo delle risorse umane</u>	 100%
------------------------	-----	--	---

Settore obiettivi DGR	4.3	<u>Il governo delle risorse umane</u>	 100%
-----------------------	-----	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.6.4.1	DGR 830/17 - Il Governo delle Risorse Umane			 100%

Descrizione	Rendicontazione
La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane. In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015. ... (vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.40).. Rispetto Legge 161/2014: Le Aziende del SSR, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.	La Regione ha richiesto nel mese di aprile 2017 la predisposizione di piano assunzione individuandone contenuti e tempistica. Con nota prot. 19366 del 22/03/2017 si è provveduto all'invio del documento predisposto dalla SC Area Giuridica e Area Economica con la collaborazione del Servizio infermieristico e del Servizio Economico-finanziario e la supervisione del Direttore del dipartimento Risorse Umane. Con nota prot. 44271 del 17/07/2017 la Regione ha approvato il suddetto piano. Nel frattempo, tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA, si è proceduto a dar corso, seppure parzialmente, alle assunzioni previste. Al 30/06 risultano assunti 83 operati di area Comparto e Dirigenza a tempo indeterminato. Al 31/12 sono stati ppo complessivamente assunti n. 227 operatori di cui 138 a tempo indeterminato (110 area comparto, 27 medici e 1 ingegnere) e 89 a tempo determinato (69 area comparto, 22 medici e 7 Dirigenti sanitari). La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, inoltre, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico ha monitorato la spesa dervante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

Dimensione Performance	2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.3		Area dell'Organizzazione		
Obiettivo	7.6.4.1		DGR 830/17 - Il Governo delle Risorse Umane							 100%	
Obiettivi Performance					Riferimento Normativo						
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell’occupazione			specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.			specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.			specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.			specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 830/17 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale - A							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa...(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.40)..			Nel I semestre si sono conclusi i trasferimenti legati all'integrazione delle funzioni tecnico-amministrative e si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraziale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico interaziendale (atto n. 557 del 13/09/2017) e delle elezioni dei relativi organismi che si sono svolte ad inizio 2018.						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni		Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 830/17 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale - A								 100%
Obiettivi Performance				Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Numero processi completati su processi avviati.		specifico flusso di riferimento		% >=				100,00%		
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.		specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 830/17 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale - B								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto all'implementazione dei progetti denominati “Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane” (GRU), e del sistema unitario per la “Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile” (GAAC), al fine di rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori. L'elevato grado di complessità dei progetti, richiederà un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di implementazione del Sistema.			Il personale afferente il dipartimento interaziendale risorse umane in collaborazione con il personale del RIT e operatori individuati nei distretti ha partecipato alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN al fine di definire le prime linee di attività relative alla procedura propedeutica all'attivazione del nuovo applicativo GRU prevista per il gennaio 2018 oltre che le necessarie "correzioni/integrazioni" all'applicativo in uso. A seguito dell'individuazione dei referenti aziendali si è poi proceduto alla predisposizione e all'invio, secondo le scadenze definite a livello regionale, delle tabelle sulla base delle quali la conversione è stata effettuata nell'autunno 2017. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria.							
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 scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 830/17 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.			E' stata garantita la partecipazione al gruppo di lavoro regionale coordinato dalla Direzione 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
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico o di contrattazione collettiva		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 830/17 - Relazioni con le OO.SS.							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità		Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.5	DGR 830/17 - Relazioni con le OO.SS.			 100%					
Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti “precari” e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l’obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all’utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.				Il confronto tra l'Azienda e le OOSS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti processi di integrazione interaziendale, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro nonché attraverso la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti , quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale.						
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Documenti relativi alle relazioni sindacali inerenti agli argomenti in evidenza		specifico flusso informativo		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.6.4.6	DGR 830/17 - Costi del personale			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti.			La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.		
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.6.4.6	DGR 830/17 - Costi del personale							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.4	<u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	 100%
------------------------	-----	---	---

Settore obiettivi DGR	4.4	<u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	 100%
-----------------------	-----	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.4.2.2	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.2	DGR 830/17 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri							 100%
Dal 2017 tutte le Aziende sono state inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013; Risulta fondamentale che le Aziende sviluppino azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire (nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016). E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.			L'Azienda ha trattato in gestione diretta nuove 31 richieste risarcitorie, formalizzate nell'anno 2017, oltre ad avere proseguito l'attività istruttoria e di gestione extragiudiziale e giudiziale dei casi sorti negli anni precedenti. L'Azienda ha altresì collaborato alla gestione delle posizioni di danno gravanti su polizza assicurativa; assumendo, in particolare per i casi di valore economico nei limiti di franchigia, la trattazione degli stessi sia mediante parere medico legale interno di second opinion sia mediante strategie di negoziazione da parte dell'ufficio contenzioso.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
grado di completezza del database regionale (rispetto ai casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Rispetto dei tempi di processo	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.5	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	 100%
------------------------	-----	---	---

Settore obiettivi DGR	4.5	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	 100%
-----------------------	-----	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza
Obiettivo	7.1.2.5	DGR 830/17 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza			 100%

Descrizione	Rendicontazione
In sede di predisposizione del progetto di legge "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale santa Maria Nuova – altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria" sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale. ..(vedi DGR 830/17 - Linee di Programmazione RER Allegato B pag.41)..	La Legge Regionale n. 9 è stata pubblicata il 1 giugno ; l'art. 5 è dedicato a politiche di di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, con la previsione di garantire l'adozione di misure rafforzative degli obblighi normativi nazionali e l'adozione di un aggiornamento del Codice di Comportamento per i dipendenti del servizio sanitario regionale col quale si specificano alcuni obblighi particolari a carico, in particolare, dei titolari di incarichi dirigenziali. L'attuazione di detta normativa regionale è in fase di approfondimento e di definizione delle attività operative cui dar seguito. Nel secondo semestre si è provveduto ad avviare l'attuazione della normativa mediante le attività previste dal piano interaziendale e che integrano le pratiche in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. In particolare, come previsto dalla L.R. 9 in materia di Codice di Comportamento, si è dato corso all'attività di acquisizione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito da parte dei titolari di incarichi dirigenziali. L'acquisizione è stata disposta, si ripete, in base al Codice di Comportamento e non in base all'art. 14 del decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, in ragione di una sospensione di livello nazionale di attuazione di detta norma. Il nuovo Codice di Comportamento sarà adottato nel corso dell'anno 2018, sulla base di uno schema condiviso a livello regionale, al fine di garantire omogeneità tra i vari territori e le Aziende.

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza				
Obiettivo	7.1.2.5	DGR 830/17 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza							 100%
Obiettivi Performance	2.4.2	Progettazione, attuazione e aggiornamenti dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Adeguate il codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
Adeguate il piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni in materia		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.6	<u>Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>	 94%
-------------------------------	------------	--	--

Settore obiettivi DGR	4.6	<u>Piattaforme logistiche ed informatiche più forti</u>	 94%
------------------------------	------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017	Indicazione sintetica della situazione attuale
---	--

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 830/17 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Piattaforme Logistiche: Nel corso del 2017 le aziende dovranno garantire il livello di informazione necessaria al livello regionale, attraverso la definizione condivisa di parametri tecnici-economici delle attività di gestione magazzino, al fine di un monitoraggio comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economico del magazzino unico. Le Aziende sanitarie saranno chiamate a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. L'Azienda USL di Parma, per mezzo dei referenti aziendali, ha fornito i dati richiesti.		
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.1	DGR 830/17 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti							 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 830/17 - Information Communication Technology (ICT)							 80%
Descrizione			Rendicontazione						
Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018; Prosecuzione dell'attività di messa a regime del nuovo software GRU sull'intero territorio (fase 2 Aziende AVEN); FSE: Le Aziende entro il 31/12/2017 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS, offerta prenotazioni online, pagamenti online; Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento; Anagrafe Regionale Assistiti (ARA): migrare o integrare i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. Il Servizio RIT ha fornito l'adeguato supporto ai referenti aziendali e regionali nelle fasi esecutive dei progetti GRU e GAAC. Sono stati commissionati e sono in corso di sviluppo gli adeguamenti software per l'invio della documentazione a FSE, secondo quanto indicato nel file xls di rendicontazione delle scadenze inviato al referente ICT regionale. E' stato avviato in produzione nel rispetto delle scadenze regionali il software ARA. Il software di prescrizione unico provinciale è completamente aderente ai requisiti normativi e sono in corso di valutazione gli adeguamenti relativi ai nuovi LEA.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.2	DGR 830/17 - Information Communication Tecnology (ICT)							 80%
Indicatore		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 sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		0,00%		0,00%
Rispetto tempistiche come da pianificazione definita		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.3	DGR 830/17 - Sistema informativo							 96%
Descrizione			Rendicontazione						
All'inizio del 2017 si è dato l'avvio alla riorganizzazione dei sistemi informativi i cui scopi principali sono lo sviluppo di un dataware house esteso a tutti i flussi di dati e la realizzazione di un sistema di reportistica (portale) che risponda ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero etc.) sia negli ambiti sanitari che a quelli socio-sanitari e sociali ; Nuovo tracciato SDO;			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. Il datawarehouse aziendale è in continuo popolamento e aggiornamento rispetto allo stato dei flussi informativi regionali.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.3	DGR 830/17 - Sistema informativo								 96%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		90,00%		95,00%	
Presenza di tutti gli interventi programmati erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		85,00%		89,00%	
valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Nr. Segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie		specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%		0,00%		100,00%	



96%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.2.2.4	DGR 830/17 - Sistema informativo			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
Qualità delle banche dati; Nell'ottica di integrazione dei flussi, quello del Pronto Soccorso dovrà correttamente integrarsi (link) con quello del 118, tramite il codice identificazione della missione (COD_MISSIONE) e quello di invio del paziente (COD_CO118)			Le attività si sono svolte in coerenza con i fabbisogni e le tempistiche indicati dai livelli ministeriali, regionali, di AVEN e aziendali. E' stato richiesto adeguamento applicativo e integrazione con il software del 118 al fornitore della procedura di PS al fine di agevolare gli operatori nel recupero dell'informazioni. L'aggiornamento sarà rilasciato e portato in produzione entro il 31/12/2017		
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo		



100%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance		2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.2.2.4	DGR 830/17 - Sistema informativo								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% rappresentatività - (nr. Record) per flusso ministeriale - tra le banche dati aziendali rispetto alla regionali		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
% volumi - per flusso minsteriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		90,00%		100,00%	
Nr. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/ elisoccorso (118) con link al flusso118		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%			
per tutti i flussi/banche dati regionali comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
% aggiornamento righe/volumi (per chiave o id) - per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate		specifico flusso di riferimento	% <=		15,00%		12,00%		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	4.7	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	 100%
------------------------	-----	--	---

Settore obiettivi DGR	4.7	Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	 100%
-----------------------	-----	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2017

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti	
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 830/17 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche				 100%

Descrizione			Rendicontazione		
Nel corso del 2017 le Aziende sanitarie al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono: -Ottenere l'ammissione a finanziamento degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016. -Avviare la predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2017, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo			Nel corso del primo semestre si è provveduto a completare la progettazione preliminare degli interventi Apb.04 - Realizzazione Casa della Salute di Fornovo e Apb.05 - Miglioramento sismico del corpo storico dell'Ospedale di Borgotaro. Entrambi i progetti sono stati sottoposti al competente esame del Gruppo Tecnico regionale nella seduta programmata per il mese di settembre. Nel corso del secondo semestre è stata sviluppata la progettazione esecutiva di entrambi gli interventi, al fine di rispettare le scadenze assegnate dall'Accordo sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Emilia Romagna il 2 novembre 2016 come modificate dalla Legge di Bilancio 2018. Il completamento delle progettazioni esecutive avverrà nel corso del primo semestre 2018, a seguito dell'espressione dei pareri degli Enti competenti, non ancora pervenuta. La predisposizione dei progetti rientranti nell'Accordo di Programma "Addendum" è pertanto in linea con le scadenze stabilite dall'Accordo stesso. Le richieste di liquidazione di interventi conclusi ed attivati sono state inviate nel corso del 2016. Relativamente, invece, al "Programma di adeguamento alla normativa antincendio", si segnala che l'Azienda non beneficia di finanziamenti previsti dal Programma stesso e che, pertanto, l'indicatore non è applicabile.		
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 830/17 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche								 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	
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art. 20 L.67/88)		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%	
Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione del finanziamento		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	0,00%	0,00%			
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (rispetto a totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati)		specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%	0,00%	0,00%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 830/17 - Gestione del Patrimonio immobiliare							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Prevenzione incendi: programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico secondo la normativa prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015) Prevenzione sismica: mantenimento azioni (DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico			L'attività è stata svolta regolarmente: si è provveduto a predisporre le schede di risposta al monitoraggio attivato con i sistemi informativi regionali (sharepoint) relativi alla prevenzione incendi e alla prevenzione sismica.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 830/17 - Gestione del Patrimonio immobiliare							 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
Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento (Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi))		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.3	DGR 830/17 - Manutenzione							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria secondo la consueta metodologia; le Aziende dovranno adottare azioni allineare il costo (€/mq) della manutenzione ordinaria alla media regionale nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Nel corso dell'anno AGENAS prevede di attivare il progetto nazionale di "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN" relativo al rilievo dei costi della manutenzione ordinaria e dei consumi energetici.			L'attività è stata svolta regolarmente. Sono stati predisposti i report di sintesi relativi ai costi sostenuti nel corso del 2016. Il costo €/mq sostenuto per la manutenzione ordinaria delle strutture aziendali è allineato al costo medio regionale. Sono in corso di rilevazione i dati richiesti per l'implementazione dell'applicativo di AGENAS, come da richiesta regionale.						
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance		4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.3	DGR 830/17 - Manutenzione								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.4	DGR 830/17 - Tecnologie biomediche							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende sanitarie devono garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) per istruttoria tecnico-scientifica le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti: - “grandi” apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi); - di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); -innovative (non presenti sul territorio regionale). Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.			I dati relativi alle tecnologie biomediche installate richiesti sono stati consegnati al GRTB secondo il calendario previsto. Analogamente, i dati relativi alle grandi tecnologie sono stati aggiornati sul portale NSIS. Nel corso dell'anno, il servizio di Ingegneria Clinica ha avviato un monitoraggio della produzione legata ai sistemi TAC, TRM e mammografici installati in azienda.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance		4.2	Area degli investimenti				
Obiettivo	7.10.2.4	DGR 830/17 - Tecnologie biomediche								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Aggiornamento (secondo scadenze prestabilite) del portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB.		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. (Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite)		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Trasmissione flusso informativo regionale(secondo scadenze prestabilite) relativo al parco tecnologico installato		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Area obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>			 93%
Sub-area obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>			 93%
Settore obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>			 93%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2017		Indicazione sintetica della situazione attuale			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.4.2.3	DGR 830/17 - Riordino dei Comitati Etici			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.3	DGR 830/17 - Riordino dei Comitati Etici							 100%
La DGR 2327/2016 prevede il riordino dei Comitati Etici (CE) della Regione Emilia-Romagna, processo che deve essere completato entro il 1/1/2018. In particolare, gli 8 Comitati etici delle Aziende dell'Area Vasta Nord e dell'Area Vasta Centro dovranno essere accorpati in due Comitati Etici di Area Vasta e l'AUSL della Romagna dovrà rivalutare assieme all'IRST di Meldola le modalità di funzionamento del CE della Romagna. Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare nel 2017 di collaborare efficacemente al processo di riorganizzazione, rispettando le fasi previste dalla normativa.			L' Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna con nota del 28/11/2017 ha trasmesso il documento in cui sono stati individuati i criteri e modalità di nomina dei componenti dei nuovi Comitati Etici di Area Vasta. Il Comitato dei Direttori Generali dell'Area Vasta Emilia Nord si è riunito in data 29 novembre 2017 e 18 dicembre 2017 per garantire il rispetto dei tempi definiti per la nomina del nuovo Comitato Etico di Area Vasta la cui operatività è prevista a partire dal 01/01/2018. Nei suddetti incontri è stato stabilito che il Comitato sarà costituito da 51 componenti, e che sarà supportato, come indicato nella DGR 2327/2016, da una Segreteria Tecnico Scientifica di Area Vasta che avrà sede legale presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena; è stata assicurata la partecipazione delle segreterie dei CE appartenenti all'Area Vasta Emilia Nord in tale processo di riordino . Il Direttore Generale dell'Azienda Usl di Reggio Emilia, nella sua qualità di coordinatore dei Direttori Generali di AVEN, con deliberazione n. 373 del 28.12.2017 ha proceduto alla costituzione del Comitato Etico di Area Vasta oltre che all'istituzione della relativa Segreteria Tecnico Scientifica con sede legale presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino (nr. riunioni in ciascuna Area Vasta)	specifico flusso di riferimento		Numero >=		2,00		2,00		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	6.4.2.4	DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza							 67%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.4.2.4	DGR 830/17 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza								 67%
Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SiChER); Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo; sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi			Capillarità SiChER in miglioramento grazie all'adozione del nuovo software di gestione del percorso operatorio. Si continua attività di formazione per igiene delle mani. Applicate le indicazioni relative al contrasto delle CRE.							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (interventi sorvegliati nel I semestre dell'anno)		specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		75,00%		100,00%	
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario (20 litri per 1.000 giornate didegenza)		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		No		0,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.4.2.5	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.4.2.5	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA							 100%
Nel corso del 2016 è stato messo a punto un nuovo sistema informatizzato regionale per la richiesta dei dispositivi medici (DM) da parte dei clinici delle Aziende sanitarie alle Commissioni DM locali. Il sistema prevede che, per la segnalazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale tra quelli richiesti dai clinici, le Commissioni locali debbano compilare una sezione apposita, elaborata dall'ASSR in collaborazione con decisori e clinici regionali, contenente gli elementi fondamentali da tenere in considerazione per la segnalazione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale. Le Aziende Sanitarie dovranno nel 2017 applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una valutazione secondo metodologia HTA.			A seguito dell'istituzione del Nucleo Provinciale di Valutazione, sono stati ridefiniti i percorsi di analisi delle richieste dei DM. In seno alle istruttorie svolte dal NPV le richieste di DM candidabili ad una valutazione di HTA regionale sono presentati utilizzando gli strumenti previsti.						
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
Applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una valutazione secondo metodologia HTA	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.2.2	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.3.2.2	DGR 830/17 - Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento							 100%
Le attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento sono: -Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come indicato nella DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutando il grado di adesione ai requisiti predisposti dal Gruppo di progetto regionale, mediante autovalutazioni ed audit interni. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.			Attività di audit presso il Dipartimento di Sanità Pubblica (8/9/10 maggio 2017), in funzione della visita di accreditamento istituzionale avvenuta nelle giornate del 23/24 e 25 maggio u.s. oggetto di Audit interno sono stati i seguenti servizi: ADSPV, SIAN, SPASAL, UOIA, MEDICINA DELLO SPORT. Le strutture sono state valutate prioritariamente per monitorare e registrare il grado di condivisione dei processi così come richiesto dal sistema qualità, sia per quanto attiene l'adeguamento ai requisiti generali, che per quelli specifici previsti dall'accreditamento istituzionale (DGR 327/04)						
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convoati	specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%	90,00%	90,00%		100,00%
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.2.2	DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							 100%
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	7.4.2.2	DGR 830/17 - La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie							 100%
I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi. Gli obiettivi per il 2017 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione			Nel corso del primo semestre sono stati progettati e/o avviati percorsi formativi per i quali si intende misurare: - il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo: "Le patologie della spalla: dalla valutazione alle tecniche di trattamento manuale e riabilitativo"; - il trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo: " Progetto Formativo a supporto dello sviluppo delle Case della Salute nel Distretto di Parma"; - l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:"Integrazione del e nel servizio formazione".						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	specifico flusso di riferimento		Numero >=		2,00	2,00	2,00		100,00%
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni	specifico flusso di riferimento		Numero >=		1,00	1,00	1,00		100,00%