



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000494
DATA: 28/06/2019 16:28
OGGETTO: Approvazione della relazione sulla Performance 2018

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Saccenti Elena in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Frattini Giuseppina - 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
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Parma)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Valli Taro e Ceno)
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA Aziendale
- 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
- DIPARTIMENTO Sanita' Pubblica
- DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica
- Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Direzione Amministrativa Distr. Fidenza
- Direzione Amministrativa Distr. Sud-Est
- Direzione Amministrativa Distr. Parma
- Direzione Amministrativa Ospedale Fidenza
- Direzione Amministrativa Ospedale Borgotaro
- Direzione Amministrativa Distr. Borgotaro



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.



- Area Economica Risorse Umane
- DISTRETTO Sud-Est
- DIREZIONE GENERALE Aziendale
- DISTRETTO di Parma
- DISTRETTO Valli Taro e Ceno
- Direzione Amministrativa DAI-SMDP
- Sviluppo ed Integr. dei Processi Amm.vi/Trasparenza e Integrita'
- Area Giuridica Risorse Umane
- DIREZIONE ATTIVITA` SOCIO SANITARIE
- DA - Area Interaziendale Economico Finanziaria
- DISTRETTO di Fidenza
- DG - Struttura Interaziendale Stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza
- DIREZIONE SANITARIA Aziendale
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Fidenza)

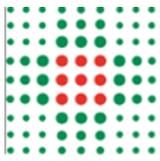
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000494_2019_delibera_firmata.pdf	Chiari Marco; Frattini Giuseppina; Rossi Giuseppina; Saccenti Elena	9C6B261E8BA0FE3A41617F2B100F3C8D 0FDECA72A7106813B6CCD4793EBFE278
DELI0000494_2019_Allegato1.pdf:		B46C39B9F60C0F4B75663DF95C8798B9 B37AE58DBDA48FD99717CE310A588B8D



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 2018

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il Piano delle Performance per il triennio 2018-2020, 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. 532 del 26.07.2018;

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.919/2018, da considerare parte integrante della Relazione della Performance 2018;

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

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

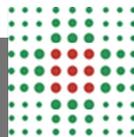
Delibera



1. di approvare la relazione sulle Performance relativa all'anno 2018 completa della rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi indicati nella DGR n. 919/2018 , 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 2018

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2018, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi.

Delibera n.

27/06/2019



Sommario

1. Executive summary.....	3
Riordino dell' Assistenza Ospedaliera	3
Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	4
Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	4
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	4
Attività di prevenzione e promozione della salute.....	5
Governare della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e di ricovero.....	5
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	5
Integrazione socio-sanitaria	6
Integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari	6
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	6
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti	6
Governare dei processi di acquisto di beni e servizi.....	6
Governare delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano	6
Adempimenti nei flussi informativi	7
2. Premessa	8
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance.....	9
3.1. Dimensione di Performance dell'utente	9
3.1.1. Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	9
3.1.2. Area dell'Integrazione	12
3.1.3. Area degli Esiti	14
3.2. Dimensione di Performance dei Processi Interni	15
3.2.1. Area della Produzione	15
3.2.2. Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	20
3.2.3. Area dell'Organizzazione	23
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.....	28
3.4.1. Area economico-finanziaria.....	29
3.4.2. Area degli investimenti.....	30
4. Conclusioni	31
5. Allegati.....	34

1. Executive summary

La Relazione sulla Performance è un documento annuale articolato in due sezioni che contengono gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nell'anno 2018 in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, e l'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato commentati rispetto all'andamento atteso. E' redatto in conformità alle indicazioni emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV-SSR), in primis con la Delibera n. 3/2016. Allegato, parte integrante del documento, è la rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale, DGR n. 919/18 (capitolo già presente nella relazione da allegare al bilancio di esercizio).

Il documento si sviluppa in cinque capitoli. Nei primi due (**Executive summary** e **Premessa**) vengono descritti i contenuti ed il senso della Relazione sulla Performance quale strumento di rendicontazione sia interna che esterna verso il sistema degli stakeholders.

Il **terzo capitolo** si sostanzia nella rendicontazione dei risultati raggiunti declinati nell'albero della performance ed articolati secondo le diverse dimensioni ed aree contemplate, mentre nel **quarto capitolo** viene fatta una sintesi dell'andamento complessivo della performance aziendale valutata rispetto all'andamento registrato degli indicatori. Il **quinto capitolo** è infine riferito all'Allegato parte integrante del documento.

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2018 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2018-2020, che verranno poi descritti dettagliatamente nel **Capitolo 3**. 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 919/2018" (**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 consolidato processo di implementazione di posti letto di cure intermedie da trasformazione di posti letto ospedalieri presso la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto) e nel complesso edilizio ospedaliero e territoriale di Borgo Val di Taro (18 posti letto);
- al processo di trasformazione, ormai completato, 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;
- al superamento del punto nascita dell'Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro 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 29 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 31/12/18 sono 18, che rappresentano la realizzazione del 63% della programmazione aziendale. L'Azienda si è impegnata nell'implementazione e diffusione dei PDTA Regionali e sono stati attivati anche gli ambulatori infermieristici, sia a carattere prestazionale che per la gestione della cronicità.

Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e la figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.

(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).

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). Il RUA ha messo in atto dei sistemi per la gestione delle liste di attesa in collaborazione con le UU.OO. interessate ed il coinvolgimento del Privato Accreditato, 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).

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.

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

Prosegue 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 31/12/2018 gli indicatori sentinella hanno evidenziato 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 procreazione medicalmente assistita viene erogata in ambito provinciale secondo il modello organizzativo Hub&Spoke. 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 2018 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata complessivamente di **43.804.972,36** registrando una riduzione del 3,15% rispetto al 2017. Nel 2018 la spesa per acquisto di farmaci (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) è stata pari a **€ 50.049.901**, con un aumento rispetto all'anno precedente dell'8%, rispettando l'obiettivo regionale (+ 8%).

(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
- 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.
- 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.

(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 ormai completato e 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

Nel 2018 gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità sono relativi al miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (in progettazione), riqualificazione funzionale del PPIO e del Comparto Operatorio di Borgotaro (in progettazione), alla costruzione del nuovo Centro per la salute, la formazione e l'inclusione sociale di Vigheffio (in progettazione), alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (in affidamento), alla costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento MO2 aggiudicato) ed alla costruzione della Casa della Salute per il bambino e l'adolescente e della nuova ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio (in esecuzione).

(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

L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica con decreto del 8/5/2018 e dalla Regione con DGR 1412 del 3/9/2018 , in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia. Il PTFP è stato trasmesso alla Regione

con nota 64113 del 26/9/2018, autorizzato dalla Regione con nota prot. 73298 del 06/11/2018 e definitivamente approvato con delibera n.821 del 27/11/2018 e successivamente inserito in SICO. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo al concorso per infermieri che è stato bandito dall'Azienda USL di Piacenza, al concorso per fisioterapista bandito dall'Azienda USL di Modena e a quello per ostetriche bandito dall'Azienda USL di Reggio Emilia.

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

Adempimenti nei flussi informativi

Le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2018 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, in particolare l'Azienda ha partecipato, con un proprio rappresentante, ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari.

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

2. 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 2018, 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 2018, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, 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.

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance

Gli impegni strategici su cui si è focalizzata l'Azienda USL di Parma nell'anno 2018, derivati dal Piano della Performance 2018-2020, 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 2018 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. 919/2018" (Capitolo 5, Allegato 1) ed alla rendicontazione del Piano delle Azioni 2018 (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 2018 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, 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 e, come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Si è inoltre provveduto a

rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo. 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). Sono state messe in atto nel corso del primo semestre del 2018 azioni di controllo e pulizia delle liste di attesa e di monitoraggio dei tempi di attesa per specialità e classe di priorità ed in particolare si è garantito il rispetto dei tempi di attesa per i tumori. 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 il coinvolgimento del Privato Accreditato, ed è stato predisposto uno scadenziario riportante i tempi massimi di esecuzione degli interventi per ogni classe di priorità.

Nell'ambito del **percorso nascita** sono state introdotte sia azioni dirette che procedure e istruzioni operative per la gestione di gravide, partorienti e neonati relativi al superamento del punto nascita di Borgo Val di Taro, la cui attività è sospesa dall'ottobre 2017. In particolare sono stati implementati tutti i percorsi di presa in carico delle gravide fino al momento del parto ed è stata monitorata l'attivazione delle procedure per il trasporto presso il punto nascita di riferimento. Sono in corso analisi dettagliate del dato della % dei cesarei espletati presso il punto nascita di Fidenza, al fine di introdurre correttivi adeguati. Le azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita presso il Distretto Valli Taro e Ceno hanno evidenziato la corretta gestione delle gravidanze afferenti al distretto e non si sono evidenziate problematiche particolari riferite al parto o al peripartum.

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 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	139,7	143,52	132,86	Riduzione	140
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	98,18	97,22	97,82	Mantenimento	95,15
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,31	3,3	5,05	Mantenimento	2,26
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,98	98,07	98,71	Mantenimento	97,7
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	7,37	5,48	10,69	Mantenimento	6,53
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	15	16	16	Mantenimento	15
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,45	3,287	69,02	Mantenimento	66,87
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	70,13	69,71	60,24	Mantenimento	68,98
Tasso std di accessi in PS	309,95	304,17	388,32	Mantenimento	310,44
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	83,74	88,21	88,36	Aumento	90,13
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	80,94	68,96	89,45	Aumento	91,18
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	70,37	68,72	80,72	Aumento	80,28

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. Anche per quanto riguarda gli indicatori relativi ai tempi di attesa dei ricoveri si registrano degli ottimi risultati, nell'area dei tumori soprattutto, frutto delle azioni messe in campo di carattere sia clinico che organizzativo. Molto buoni anche i risultati relativi all'area del Pronto Soccorso, in cui il sistema sanitario provinciale di Parma, in termini di tasso standardizzato di accesso, raggiunge i migliori risultati regionali, ed anche per quanto riguarda la percentuale di abbandoni e la processazione delle visite rispetto ai codici colore giallo e verde.

3.1.2. Area dell'Integrazione

Rispetto al **percorso nascita**, nell'Azienda USL di Parma è ben consolidata l'applicazione della DGR 533/88 con particolare riferimento alla gestione da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica, il percorso DSA2-gravidanza fisiologica è, infatti, agito 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. Il DAI-SMDP ha attivamente partecipato alla stesura del Protocollo tra Regione Emilia Romagna, Magistrature di Sorveglianza e Cognizione, UEPE. E' stato realizzato uno specifico corso di formazione per il personale con riferimento AVEN. Sono stati tenuti interventi in diversi convegni e numerose pubblicazioni. A febbraio si è collaborato con la Società della Ragione per l'allestimento della mostra di Sambonet. Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari è stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura. Esito dell'attività di cruscotto è la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative.

L'Ausl di Parma partecipa alla formazione per l'utilizzo dell'Approccio Dialogico (Open Dialogue) nell'ambito del Progetto Adolescenza con l'obiettivo di migliorare la capacità di intervento integrato con gli adolescenti. A giugno 2018, a Parma è stata aperta la Casa della Salute per il Bambino e Adolescente nella quale sono stati collocati tutti i servizi per gli adolescenti (Spazio Giovani, Centro Adolescenza della Npia) con revisione dei percorsi di accesso. Continua l'attività della RTI-Minori di San Polo di Torrile ed è in atto la riconversione di una Struttura per accogliere minori con provvedimenti giudiziari, secondo lo specifico progetto regionale. 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. L'andamento 2018 è in linea con gli obiettivi assegnati all'Azienda.

Nel 2018 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 si è proceduto ad effettuare il riparto del FRNA per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite, approvato dalla CTSS nel mese di novembre (la comunicazione della Regione di assegnazione delle risorse del FRNA è avvenuta nel mese di luglio, ma la CTSS è stata convocata nel mese di ottobre), previo confronto con i Direttori di Distretto ed i Responsabili degli Uffici di Piano (verbale agli atti della Direzione Attività Socio Sanitarie).La programmazione delle risorse del FRNA per la realizzazione dei servizi sia di ambito domiciliare che residenziale è di competenza dei Comitati di Distretto. E' stato garantito il costante monitoraggio e la

rendicontazione nel sistema regionale online, nel rispetto dei tempi indicati dalla RER, delle risorse del FRNA, FNA e "Dopo di Noi" (L. 112/2016).

E' stata effettuata la rendicontazione della spesa di cui alla DGR 2303/2016 "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per la realizzazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2017" inviata in Regione in data 23/11/2018 prot. 77979 (scadenza fissata dalla RER al 30/11/2018 PG/2018/0458981 del 25/06/2018).

A seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona", è stato costituito un comitato di progetto che ha definito un percorso operativo, approvato dai Comitati di Distretto, presentato agli Enti Gestori dei servizi socio-sanitari, alle OOSS ed agli Enti di Formazione. Il percorso operativo è sfociato nella seconda parte del semestre in un corso, su base distrettuale, rivolto ai coordinatori di struttura, RAS e RAA delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese quelle con meno di sei posti letto (case famiglia).

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	5,66	4,92	8,14	Riduzione	7,1
% IVG medica sul totale IVG	26,35	28,57	34,21	Aumento	30,71
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	38,46	51,06	25,64	Riduzione	42,02
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	3,81	7,96	4,21	Aumento	3,78
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	19,39	25,15	23,17	Mantenimento	19,89
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	158,57	243,3	190,65	Aumento	158,34
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	191,25	178,79	106,81	Riduzione	200,19
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	403,87	418,64	386,89	Mantenimento	349,19

La performance raggiunta è complessivamente buona (molto positivo il tasso di ospedalizzazione per TSO). Rispetto agli indicatori relativi all'assistenza domiciliare, 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 ed alla implementazione della registrazione degli accessi degli operatori dell'area sociosanitaria. Rimane critico il risultato relativo al tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite, mentre sempre molto buono è il tasso di ospedalizzazione per BPCO e scompenso cardiaco. Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area consultoriale della salute donna si osserva un incremento delle IVG mediche, mentre rimangono critiche le attese oltre le due settimane per le IVG chirurgiche. Nelle cure intermedie si osserva un buon risultato nei re-ricoveri in ospedale post dimissione dall'OSCO, a dimostrazione di un buon sistema di governo della rete provinciale.

3.1.3. Area degli Esiti

Questa area è di particolare importanza, in quanto tutte le azioni dell’Azienda sono finalizzate al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento, e, quindi, al buon esito delle cure e dei trattamenti. 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 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	11,17	8,43	8,98	Riduzione	13,24
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	1,9	1,01	44,78	Aumento	3,14
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	17,6	16,14	11,86	Riduzione	9,92
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	13,5	11,68	10,09	Riduzione	14,29
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	11,79	11,83	10,03	Riduzione	10,73
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	64,56	72,73	82,43	Aumento	73,3
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	72,47	80,45	82,4	Aumento	75,27
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	89,07	Attività concentrata in centro Hub	0
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	0	4	6,47	Attività concentrata in centro Hub	0
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	7,02	9,84	5,08	Riduzione	9,62
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	8,65	5,5	3,61	Riduzione	4,72
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,65	15,56	17,47	Mantenimento	15,68
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,46	0,77	0,94	Mantenimento	0,72
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,96	0,7	1,24	Riduzione	0,64
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	66,46	66,83	71,36	Aumento	65,48
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	3	2	Mantenimento	2

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 (ad esempio pazienti trattati con PTCA entro 2 giorni è fortemente dipendente dal percorso in essere con il reparto di cardiologia interventistica di AOU di Parma e tutta l'area della chirurgia della mammella, anche a seguito della implementazione della Breast Unit, è stata concentrata nel centro Hub di AOU 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 son in essere i percorsi di gestione integrata (es. scompenso, diabete, lettura integrata carta del rischio cardiovascolare, ecc.).

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 2018 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, 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 con posti letto appositamente dedicati nei periodi a maggiore pressione (novembre-dicembre e gennaio-marzo); inoltre, nei periodi con picchi di richieste sono state anche messe in campo azioni per aumentare il "filtro" da parte dei Medici di Medicina Generale.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,75	4,32	3,86	Mantenimento	4,28
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	1,52	0,4	0,52	Riduzione	1,24
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	1,49	0,22	0,4	Riduzione	1,33
Degenza media pre-operatoria	0,96	1,27	0,71	Riduzione	0,86
Volume di accessi in PS	40.699	40.239	1.921.960	Mantenimento	41.643
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	16.330	14.843	354.621	Mantenimento	16.122
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.864	11.244	254.222	Mantenimento	10.702
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	1.764	2.068	36.893	Riduzione	1.723
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	6.590	6.693	88.491	Mantenimento	6.968

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 29 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. Nel mese di luglio 2018 è stata attivata a Parma la "Casa della Salute per il bambino e l'adolescente" e, quindi, le Case della Salute attive al 31/12/18 sono 18, rappresentando la realizzazione del 63% della programmazione aziendale. In particolare 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 Leggeri 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; 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 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. In questo ambito è stata attivata in via sperimentale in due contesti (CRA di Collecchio e CRA "I Tigli" a Parma) la Unità Mobile di Valutazione che fa capo alla Lungodegenza critica di Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma.

Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e la figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.

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. È stato predisposto un programma di formazione interna ed esterna (con cooperazione Sociale) dedicato alle tematiche e alle **metodiche del Budget di Salute**. Per i Budget di Salute attivati nel 2018 le risorse economiche necessarie sono state puntualmente definite nella scheda di budget 2018 del Dipartimento di Salute Mentale (1.288.125 €). 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 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	49,79	48,82	52,2	Mantenimento	51,36
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	57,77	56,68	60,13	Mantenimento	59,5
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	25,53	22,86	28,71	Aumento	24,3
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	4,9	5,15	5,93	Aumento	4,82
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,32	20,76	20,29	Mantenimento	21,18
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	82,36	79,65	81,39	Mantenimento	82,36
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,33	20,75	20,86	Mantenimento	21,38
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	425.768	418.781	7.117.094	Mantenimento	448.849
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	366.261	360.332	6.669.619	Mantenimento	358.051
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.513.275	2.450.662	47.878.684	Mantenimento	2.635.366
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,37	0,39	0,37	Mantenimento	0,37
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	94,12	-	78,1	Mantenimento	83,33
Durata media di degenza in OSCO	21,6	22,15	19,2	Riduzione	25,81
Volume di accessi in ADI: alta intensità	5.095	7.787	463.022	Aumento	3.851
Volume di accessi in ADI: media intensità	14.722	17.163	847.215	Aumento	14.192
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	160.515	169.971	1.790.340	Aumento	162.501
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	154.131	157.231	6.327.598	Aumento	142.143
Volume di prestazioni negli ambulatori infermieristici per la cronicità	114.937	41.277	ND	Aumento	116.801

Buona la performance registrata in quest'area rispetto a tutti gli indicatori selezionati con particolare riferimento agli indicatori di valutazione dell'area della Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile. La degenza media dei ricoveri in OSCO, il cui valore si discosta dallo standard ed è superiore alla media regionale, è condizionato dalle diverse tipologie di assistenza erogate nelle cure intermedie a livello provinciale, che comprendono non solo l'ospedale di comunità, ma anche la lungoassistenza. Da segnalare, tra gli indicatori aggiunti a livello aziendale, la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate negli ambulatori infermieristici, che si va consolidando in attesa dell'informatizzazione dell'intero processo.

Rispetto agli Obiettivi dell'Area della **Produzione della Prevenzione**, nell'anno 2018 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha 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 31/12/2018 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 EQUIA sul percorso piede diabetico. E' proseguita l'applicazione del nuovo calendario vaccinale e si sono consolidate le azioni di razionalizzazione nell'offerta delle sedi vaccinali. Per quanto riguarda la vaccinazione antiinfluenzale nei soggetti con età > a 65 anni, nella campagna antiinfluenzale iniziata a novembre 2018 sono state implementate importanti azioni di sensibilizzazione sia nei confronti della popolazione (call center informativo attivato in collaborazione con l'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Parma) che dei professionisti (formazione specifica per i MMG e gli operatori sanitari).

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	55,3	54,4	49,1	Mantenimento	55,3
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,9	39,8	35,1	Mantenimento	39,9
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	55,34	73,36	69,54	Aumento	49,51
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	64,41	71,49	62,59	Mantenimento	70,47
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alle persone invitate	46,74	51,3	54,07	Aumento	49,25
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	92,76	89,12	93,47	Aumento	94,15
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	44,6	44,37	In attesa risultato	Aumento	In attesa risultato
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	62,8	47,89	* Non pubblicato	Aumento	* Non pubblicato
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	32,77	30,27	In attesa risultato	Aumento	In attesa risultato
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	93,16	88,89	92,09	Aumento	93,1
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,53	93,97	95,17	Mantenimento	96,91
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,72	9,92	9,44	Mantenimento	10,68
% cantieri ispezionati	25,97	21,28	20,05	Mantenimento	30,51
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100	Mantenimento	100
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	87,59	-	90,86	Mantenimento	88,89
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	62,5	46,41	79,82	Aumento	74,34

*comunicazione OIV 26/06/2019

La performance registrata in quest'area evidenzia sia buoni risultati ma anche alcune criticità. La sorveglianza di malattie infettive negli allevamenti fa registrare uno dei migliori risultati a livello Regionale. Pur in mancanza del dato, 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. Per quanto riguarda gli screening la percentuale di adesione allo screening della cervice uterina si attesta su un valore molto buono, superiore al valore regionale ed in miglioramento rispetto all'anno precedente. Lo screening coloretale ha evidenziato un leggero miglioramento rispetto all'anno precedente, mentre invece da tenere sotto osservazione è il risultato in peggioramento della performance dello screening mammografico, oggetto di una importante azione di miglioramento (revisione organizzativa e potenziamento dell'organico) per recuperare la adesione.

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.
- Nell'attesa di ulteriori decreti applicativi a completamento del corredo previsto dalla L.24 sono stati messi in atto i provvedimenti immediatamente realizzabili in merito alle risposte ai cittadini ed alla pubblicazione di dati. La relazione di cui all'art.4 della norma è stata pubblicata sul sito dell'azienda secondo le istruzioni ricevute dall'assessorato regionale alla salute, il 31 marzo 2018.
- Continua, con risultati positivi in termini di diffusione dell'utilizzo, la campagna di comunicazione sulla necessità di segnalazione tramite il sistema di IR.
 - Per quanto compreso nel nostro case-mix, gli interventi AHRQ4 vengono indicati in SDO. E' in fase di miglioramento, a seguito del riscontro di errori nella estrazione del flusso, l'assolvimento del debito informativo sulla copertura degli interventi AHRQ4 con SSCL . L'azienda fornitrice del software ha predisposto un sistema di rilettura attraverso il quale utilizzare il IV e V invio del 2018 (a fine aprile) per poter completare soddisfacentemente il quadro delle rilevazioni.
 - 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.

- Il progetto OSSERVARE è stato completato per il II anno consecutivo e rinnovato ed ampliato il gruppo di osservatori. Completato il progetto di applicazione del braccialetto identificativo in tutte le UO di degenza. FUT utilizzato in tutte le UO. Ripetute sedute di SEA per gli eventi più significativi dal punto di vista delle dinamiche di realizzazione del percorso dell'evento avverso o del quasi evento. Sono state implementate le Linee regionali di indirizzo per la prevenzione e gestione cadute con la totale partecipazione degli operatori richiesti dal progetto agli audit previsti al corso FAD.

Per quanto riguarda **l'assistenza farmaceutica**:

- **Farmaceutica Convenzionata** nel 2018 la spesa farmaceutica netta è stata complessivamente di € **43.804.972,36** registrando una riduzione del 3,15% rispetto al 2017. La spesa netta pro capite pesata aziendale negli ultimi nove anni è passata dai € 169,89 del 2009 ai € 99,17 del 2018. Il risultato 2018 è stato inferiore di € 3,31 al dato 2017 e di € 7,06 rispetto alla media regionale 2018 (pari a € 106,23). 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 continuo delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime, insieme all'incremento dei farmaci distribuiti direttamente e attraverso la DPC e alla costante promozione ad un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto .
- **Farmaceutica Ospedaliera** nel 2018 la spesa per acquisto di farmaci (esclusi ossigeno, farmaci innovativi oncologici e farmaci innovativi non oncologici) è stata pari a € **50.049.901**, con un aumento rispetto all'anno precedente dell'8%, rispettando l'obiettivo regionale (+ 8%). La spesa farmaceutica ospedaliera complessiva, che comprende anche l'erogazione diretta dei farmaci di fascia H e C, (escluso ossigeno e farmaci innovativi) è stata pari a € **21.655.971** con un aumento del 11% rispetto all'anno 2017; la spesa della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A (presa in carico, dimissioni, strutture residenziali, DPC) è stata di € **28.393.930**, con un incremento rispetto l'anno precedente pari al 5,8%. 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.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,49	10,63	9,56	Riduzione	10,12
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,67	1,78	6,38	Mantenimento	2,52
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	1,86	4,76	3,35	Mantenimento	2,23
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,32	20,63	21,74	Mantenimento	22,23
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	678,46	742,45	790,54	Mantenimento	721,35
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	50,62	49,43	51,48	Aumento	48,47
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,1	1,99	2,07	Riduzione	2,03
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	39,68	102,29	29,87	Riduzione	37,33
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,25	0,23	0,2	Riduzione	0,23
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,42	6,3	7,65	Mantenimento	7,21
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14,08	14,6	13,54	Riduzione	17,37
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	3,71	6,33	4,85	Riduzione	4,72

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) grazie all'utilizzo del motore semantico attraverso cui vengono analizzate le prescrizioni sia dei MMG che degli specialisti. 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 utilizzo del setting nei DRG chirurgici.

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 (AOU 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:

- **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 2018 i DCP si sono impegnati nella promozione dell'utilizzo dell'SSI, facilitando il confronto e la condivisione nei NCP, in collaborazione con la società CUP 2000. Nell'Azienda USL di Parma sono 220 i MMG che hanno aderito all'SSI (78,6%). Sono già 113 i MMG con la SSI installata che stanno pienamente utilizzando il software (51,3%) ed è già stata pianificata la attivazione per i

rimanenti MMG che hanno aderito all'SSI; 2 MMG hanno receduto dalla adesione. Al fine di promuovere e sostenere la diffusione e l'utilizzo dell'SSI è stato attivato un Gruppo Tecnico composto da professionisti dell'AUSL, MMG e rappresentanti della società Lepida SpA, che affronta temi legati alle criticità evidenziate nell'utilizzo, studiando soluzioni e fornendo indicazioni operative anche per l'implementazione di nuove funzionalità.

- **Dematerializzazione ciclo passivo degli acquisti**

La percentuale degli ordini inviati tramite NoTI-er sta notevolmente incrementando in considerazione dell'ampliamento del numero dei fornitori coinvolti. E' stato molto elevato il numero di procedure d'acquisto svolte dal Dipartimento sotto soglia svolte telematicamente tramite il sito regionale SATER.

- **Azioni di sviluppo tecnologico**

- 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;
- 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**

Nel corso del 2018 è stato reingegnerizzato il sistema di gestione delle liste di attesa per interventi programmati adeguando il software aziendale alle nuove specifiche Sigla, ricodificando la maggior parte degli interventi seguendo il nuovo nomenclatore. Il set di interventi programmati include tutto quello previsto da SIGLA 2.0 ed è in fase di stabilizzazione la corretta trasmissione dei dati in tempo reale.

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

Si conferma il mantenimento delle funzionalità attivate verso il FSE regionale, la continua evoluzione di nuove funzionalità e il progressivo aumentando del numero di documenti inviati attraverso la rete SOLE. 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 visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo. Il servizio garantisce il necessario supporto alle altre articolazioni aziendali per la realizzazioni delle fasi di progetto.

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

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.

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. Il software GRU è stato attivato ed è regolarmente in funzione.

Rispetto agli **adempimenti nei flussi informativi**, le azioni di sistema informativo messe in atto nel corso del 2018 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, , in particolare l’Azienda ha partecipato, con un proprio rappresentante individuato con nota prot. 0049388 del 20/07/18, ai lavori del tavolo regionale di coordinamento tecnico sulla statistica ed i sistemi informativi sanitari e socio-sanitari.

Per quanto riguarda il **sistema dell’accreditamento istituzionale** il primo semestre 2018 ha visto l’Ufficio Qualità impegnato nella preparazione documentale (1° livello - valutazione documentale), a tal riguardo la Direzione Aziendale ha definito un gruppo di coordinamento il cui obiettivo è stato quello di validare il Manuale Qualità Aziendale, documento cogente da includere nella domanda di accreditamento e rinnovo. Il Team di lavoro era rappresentato da figure professionali che, per ruoli aziendali svolti e per competenze specifiche, risultavano adeguatamente rappresentativi delle tematiche oggetto di argomentazione nel corso della visita di accreditamento regionale. Sono stati pianificati per 4 settimane una serie di incontri nei quali il Team, ha affrontato due criteri per sessione, in ognuno di questi è stata effettuata una riflessione accurata al fine di validare e aggiornare i contenuti del manuale. Si sono svolti, a partire dal mese di settembre, una serie di audit interni sul sistema qualità necessari a valutare l’applicazione del sistema a livello direzionale e, come questo permea ai vari livelli aziendali. Nei giorni 11 e 12 dicembre 2018, ai sensi della DGR. 1943/2017, l’Azienda Usl di Parma è stata oggetto di visita per valutazione del possesso dei requisiti previsti per l’Accreditamento istituzionale. Come descritto sopra è stato fatto un importante lavoro di preparazione che ha consentito di impostare in azienda un approccio organizzativo orientato al sistema qualità. L’esito è stato complessivamente positivo e l’Azienda ha intrapreso un percorso di miglioramento per l’adeguamento rispetto alle criticità riscontrate.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% di popolazione con fascicolo elettronico attivato	9,28	6,15	ND	Incremento	14,03

La performance registrata è ottima, frutto delle importanti azioni di sensibilizzazione effettuate anche in collaborazione con le associazioni dei cittadini, e della estensione dell’utilizzo della cartella SOLE tra i Medici di Medicina Generale (SSI) che consente di rilasciare direttamente le credenziali per l’accesso facilitando la attivazione del Fascicolo Sanitario Individuale (FSE).

3.2.4. Area dell'Anticorruzione e della trasparenza

A cura dell'Ufficio interaziendale RPCT, con la collaborazione degli Uffici Comunicazione AUSL/AOU, sono stati eseguiti nel 2018, come da prassi, monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente". Il principale monitoraggio è stato svolto in concomitanza con le attività di attestazione OIV sulle rilevazioni indette annualmente da A.N.AC. (con il coinvolgimento degli OAS aziendali).

A fine maggio 2018 è stato approvato il nuovo Codice di Comportamento interaziendale AUSL/AOU, nel rispetto dei tempi e delle indicazioni regionali (DGR 96/2018), dopo aver effettuato l'intero percorso di partecipazione previsto dai provvedimenti dell'Autorità nazionale. Avviata attività di diffusione del Codice, sia presso gli organismi di governo aziendale, in specifici incontri con varie unità organizzative. La diffusione capillare è stata delegata formalmente a tutti i dirigenti di struttura/servizio e da questi attestata. Il secondo obiettivo riguarda la raccolta di dichiarazioni (conflitto di interessi, adesioni ad organizzazioni, patrimonio e reddito dirigenti...) mediante l'utilizzo della piattaforma informatica GRU in gestione al Dipartimento Risorse Umane. Come concordato al tavolo regionale competente, la raccolta delle dichiarazioni è avvenuta nell'autunno. Infatti, nel mese di ottobre è stata avviata l'acquisizione della modulistica da parte di tutti i dipendenti mediante la piattaforma informatica GRU gestita dal Dipartimento Risorse Umane interaziendale. La modulistica, articolata in cinque distinti format, verte sulla tematica del conflitto di interessi e sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni. Per la dirigenza comprende anche le dichiarazioni di patrimonio e reddito previste espressamente dal Codice di Comportamento. Il report conclusivo dell'acquisizione delle dichiarazioni con i moduli previsti evidenzia la partecipazione del 79% del personale.

Il 06 dicembre 2018 si è tenuta la VI Giornata per la Trasparenza, organizzata congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma ed all'Università degli Studi di Parma.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	89,21	99,66	Mantenimento	100
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	72,89	66,55	In attesa risultato	Incremento	In attesa risultato
% di diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative	ND	ND	ND	Incremento	100

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. Ottimo il risultato relativo alla diffusione del Codice di Comportamento nelle Unità Operative che le vede raggiunte al 100%.

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 2018 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

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 2018.

La Regione Emilia-Romagna, ha acquisito una specifica piattaforma software, SIRER, per la gestione informatizzata della Ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna . La piattaforma è stata presentata il 06/07/2018 presso l’Agenzia Sanitaria Sociale della Regione a cui hanno partecipato la Segreteria Locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN oltre che di un rappresentante della Direzione Sanitaria per la Ricerca e Innovazione aziendale. E’ stata assicurata da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico di AVEN e della direzione aziendale la partecipazione ad incontri sulla messa a punto di alcuni dei moduli costitutivi di SIRER e a due incontri formativi, tra novembre e dicembre, sull’utilizzo dell’applicativo.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
N° di progetti di ricerca finalizzata a cui l’Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)*	8	8	ND	Mantenimento	8

*Fonte: progetti di ricerca validati dal comitato etico attivi al 31/12 dell’anno di riferimento

3.3.2. Area dello sviluppo organizzativo

Nel corso del 2018 sono state sviluppate esperienze formative innovative volte allo sviluppo di specifiche competenze tra cui:

- Il percorso formativo " Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie" che si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni.
- Il percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Distretto Sud Est: valori, metodi e tecniche che si pone l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni.
- Per il percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna"." si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni.
- Il percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispositivi Medici si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo.
- Il percorso formativo "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo

L'indicatore relativo all'Area dello sviluppo organizzativo, ha registrato il seguente andamento:

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
N° di eventi formativi interaziendali	8	20	ND	Incremento	22

La Performance è ottima in quanto gli interventi formativi a valenza interaziendale sono pressochè triplicati, contribuendo a rafforzare la cultura dell'integrazione tra i Professionisti di Azienda USL ed i Professionisti di Azienda Ospedaliero/Universitaria.

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 2018 (collegati agli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018-2020, pag. 30).

3.4.1. Area economico-finanziaria

L'azienda nel corso del 2018 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 2018, che ha condotto ormai a un pieno rispetto del termine di pagamento dei debiti commerciali.

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.

Rispetto al governo delle risorse umane si evidenzia che, per l'anno 2018, 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. Nell'anno 2018 è stata risolta la criticità relativa al ricorso al lavoro interinale a causa della indisponibilità, soprattutto per carenza di graduatorie, del personale infermieristico.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
Costo pro capite totale	1.696,76	1.675,88	1.767,86	Mantenimento	1.717,36
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	52,36	49,3	57,08	Incremento	54,52
Costo pro capite assistenza distrettuale	992,4	977,11	1.077,93	Mantenimento	1.040,68
Costo pro capite assistenza ospedaliera	655,36	653,97	632,84	Riduzione	625,25
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,38	95,93	93,1	Incremento	89,17
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	84,98	81,31	85,63	Mantenimento	86,2
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	156,27	154,44	165,21	Mantenimento	160,76
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,86	8,37	-	Mantenimento	-18,12

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 2 indicatori (costo pro capite totale e consumo di molecole non coperte da brevetto). Da segnalare il miglioramento rispetto nell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

3.4.2. Area degli investimenti

Gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità, nel 2018, hanno riguardato

- il miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (progettazione conclusa),
- la riqualificazione funzionale del PPIO (progettazione conclusa) e del Comparto Operatorio di Borgo Val di Taro (in progettazione),
- la costruzione del nuovo Centro per la salute, la formazione e l'inclusione sociale di Vigheffio (progettazione conclusa),
- la realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (in affidamento),
- la costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento M02 in esecuzione),
- la costruzione della "Casa della Salute per il bambino e l'adolescente"
- la nuova ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio (in esecuzione).

Relativamente agli interventi in progettazione, gli stessi sono stati sottoposti all'esame del Gruppo Tecnico Regionale entro le scadenze fissate dalla L.2606/2005 e dalla DGR 708/2015, mentre per la costruzione della Casa della Salute di Fornovo sono in corso le procedure di affidamento. L'intervento M02 è stato aggiudicato entro le medesime scadenze e sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative alla "Casa della Salute per il bambino e l'adolescente".

Nel 2018 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. Nel corso del 2018 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2018	Risultato atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	14,43	35,9		Aumento	42,79

Il risultato è buono e nettamente superiore rispetto a quello registrato nel 2017.

4. Conclusioni

La performance raggiunta dall'Azienda USL di Parma nel 2018 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. 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 e nell'Area della Produzione Prevenzione (screening mammella, colon-retto e tasso di copertura vaccinale antiinfluenzale nella popolazione anziana) anche in questo caso oggetto di azioni di miglioramento.

Al momento della stesura non sono ancora disponibili sulla piattaforma INSIDER i risultati alcuni indicatori, si provvederà all'aggiornamento degli esiti appena in possesso di tali dati.

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 risulta essere del 96%

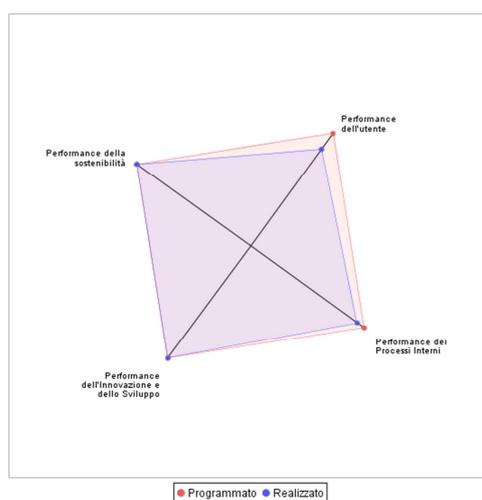
Performance Ausl 2018 (situazione 31/12/2018)



Performance
96%

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

Dimensione	Performance
Performance dell'utente	94
Performance dei Processi Interni	96
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
1 – Performance dell'Utente 94%	1.1 - Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni	 100%
	1.2 - Area dell'integrazione	 88%
	1.3 - Area degli Esiti	Monitoraggio non disponibile: indicatori di Osservazione o Adjusted

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
2 – Performance dei Processi Interni  96%	2.1 - Area della Produzione	 91%
	2.2 - Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico	 97%
	2.3 - Area dell'Organizzazione	Monitoraggio non disponibile: indicatori Aziendali
	2.4 - Area dell'Anticorruzione e della trasparenza	 100%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
3 - Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo  100%	3.1 - Area della ricerca e della didattica	 100%
	3.2 - Area dello sviluppo organizzativo	 100%

Dimensione Performance	Area Performance	Performance Raggiunta
4 - Performance della sostenibilità  100%	4.1 - Area economico-finanziaria	 100%
	4.2 - Area degli investimenti	Monitoraggio non disponibile: indicatori Aziendali

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2018 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d’esercizio 2018 (Deliberazione n. 322 del 30/04/19)

2018

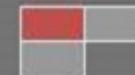


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Stato di avanzamento delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi di cui alla D.G.R. 919/2018

Verifica al 31/12/2018

Direzione Generale



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	3
---	---

1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	5
---	---

1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	6
--	---

1.2.4 - Programmi di screening oncologici	9
---	---

1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	11
--	----

1.2.6 - Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria	12
---	----

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	13
--	----

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	19
---	----

2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

2.2 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	23
---	----

2.3 - Ospedali di Comunità

2.3 - Ospedali di Comunità	28
----------------------------	----

2.4 - Assistenza Protesica

2.4 - Assistenza Protesica	30
----------------------------	----

2.5 - Cure Palliative

2.5 - Cure Palliative	32
-----------------------	----

2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette

2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette	35
--	----

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita

2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita 38

2.7.1 - Salute riproduttiva 41

2.7.2 - Percorso IVG 42

2.7.3 - Procreazione medicalmente assistita 43

2.8 - Contrasto alla violenza di genere

2.8 - Contrasto alla violenza di genere 44

2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale 46

2.9.1 - Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti 47

2.9.2 - Lotta all'antibioticoresistenza 48

2.9.3 - Promozione all'allattamento 50

2.10 - Formazione specifica in medicina generale

2.10 - Formazione specifica in medicina generale 52

2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.11.1 - Progetto regionale adolescenza 54

2.11.2 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018 56

2.11.3 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale 58

2.11.4 - 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 61

2.13 - Progetto regionale demenze

2.13 - Progetto regionale demenze 64

2.14 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

2.14 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari 66

2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2018 68

SOMMARIO

2 - Assistenza territoriale

2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.2 - Governo della spesa farmaceutica	69
2.15.3 - Rimodulazione canali distributivi-Intesa distribuzione per conto	77
2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico	78
2.15.5 - Attività di informazione scientifica nell'ambito del SSR	79
2.15.6 - Farmacovigilanza	81
2.15.7 - Dispositivi medici	82

2.16 - Acquisto SSN dei dispositivi medici

2.16 - Acquisto SSN dei dispositivi medici	83
--	----

2.17 - Attuazione della LR n. 2/2016

2.17 - Attuazione della LR n. 2/2016	84
--------------------------------------	----

2.18 - Iniziative di Health Literacy

2.18 - Iniziative di Health Literacy	85
--------------------------------------	----

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	86
--	----

3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.2.1 - Appropriata ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	88
3.2.2 - Reti di rilievo regionale	90
3.2.3 - Emergenza Ospedaliera	93
3.2.4 - Centrali Operative e 118	94
3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	95
3.2.7 - Volumi-esiti	97

3.3 - Screening oftalmologico neonatale

3.3 - Screening oftalmologico neonatale	99
---	----

3.4 - Sicurezza delle cure

3.4 - Sicurezza delle cure	100
----------------------------	-----

SOMMARIO

3 - Assistenza Ospedaliera

3.5 - Accreditamento

3.5 - Accreditamento	104
----------------------	-----

3.6 - Lesioni da pressione

3.6 - Lesioni da pressione	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	111
---	-----

4.1.4 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	112
---	-----

4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi

4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi	114
--	-----

4.3 - Il governo delle risorse umane

4.3 - Il governo delle risorse umane	117
--------------------------------------	-----

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri

4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	123
---	-----

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	125
--	-----

4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	127
---	-----

4.7 - Disposizione anticipate di volontà di trattamento

4.7 - Disposizione anticipate di volontà di trattamento	129
---	-----

4.8 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

4.8 - Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	132
--	-----

4.9 - Sistema Informativo

4.9 - Sistema Informativo	136
---------------------------	-----

SOMMARIO

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

4.10 - La gestione del patrimonio immobiliare

4.10 - La gestione del patrimonio immobiliare 140

4.10.1 - Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale 144

4.10.2 - Tecnologie biomediche 145

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 146

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro  96%	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018  100%	1.1 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	100%
	1.2 - Sanità Pubblica  95%	1.2.1 - Epidemiologia e sistemi informativi	100%
		1.2.2 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	100%
		1.2.3 - Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	78%
	1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione  100%	1.2.4 - Programmi di screening oncologici	94%
1.2.5 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita		100%	
1.4 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie  87%	1.2.6 - Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria	100%	
	1.3 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	100%	
2 - Assistenza territoriale  89%	2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale  99%	2.1 - Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	99%

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale  89%	<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>  88%	<u>2.3 - Ospedali di Comunità</u>	88%
	<u>2.4 - Assistenza Protesica</u>  100%	<u>2.4 - Assistenza Protesica</u>	100%
	<u>2.5 - Cure Palliative</u>  100%	<u>2.5 - Cure Palliative</u>	100%
	<u>2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>  58%	<u>2.6 - Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	58%

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale  89%	2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita  79%	2.7 - Materno Infantile - percorso Nascita 2.7.1 - Salute riproduttiva 2.7.2 - Percorso IVG 2.7.3 - Procreazione medicalmente assistita	83% 87% 66%
	2.8 - Contrasto alla violenza di genere  100%	2.8 - Contrasto alla violenza di genere	100%
	2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale  100%	2.9 - Salute in età pediatrica e adolescenziale 2.9.1 - Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti 2.9.2 - Lotta all'antibioticoresistenza 2.9.3 - Promozione all'allattamento	100% 100%
	2.10 - Formazione specifica in medicina generale  100%	2.10 - Formazione specifica in medicina generale	100%
	2.11 - Salute Mentale, Dipendenze Patologiche  100%	2.11.1 - Progetto regionale adolescenza 2.11.2 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018 2.11.3 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale 2.11.4 - Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	100% 100% 100% 100%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
2 - Assistenza territoriale  89%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza  91%	2.12 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	91%	
	2.13 - Progetto regionale demenze  87%	2.13 - Progetto regionale demenze	87%	
	2.14 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari  65%	2.14 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	65%	
	2.15 - Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici  94%		2.15.1 - Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2018	100%
			2.15.2 - Governo della spesa farmaceutica	90%
			2.15.3 - Rimodulazione canali distributivi-Intesa distribuzione per conto	100%
			2.15.4 - Adozione di strumenti di governo clinico	100%
		2.15.5 - Attività di informazione scientifica nell'ambito del SSR	100%	
		2.15.6 - Farmacovigilanza		
		2.15.7 - Dispositivi medici	75%	

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
2 - Assistenza territoriale	 89%	2.16 - Acquisto SSN dei dispositivi medici  100%	2.16 - Acquisto SSN dei dispositivi medici 100%
		2.17 - Attuazione della LR n. 2/2016  100%	2.17 - Attuazione della LR n. 2/2016 100%
		2.18 - Iniziative di Health Literacy  50%	2.18 - Iniziative di Health Literacy 50%
3 - Assistenza Ospedaliera	 82%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero  98%	3.1 - Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero 98%
		3.2 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero  95%	3.2.1 - Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto 83% 3.2.2 - Reti di rilievo regionale 96% 3.2.3 - Emergenza Ospedaliera 99% 3.2.4 - Centrali Operative e 118 100% 3.2.6 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule 100% 3.2.7 - Volumi-esiti 90%

Piano delle Azioni 2018			
Indice			
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance
3 - Assistenza Ospedaliera  82%	3.3 - <u>Screening oftalmologico neonatale</u>  100%	3.3 - Screening oftalmologico neonatale	100%
	3.4 - <u>Sicurezza delle cure</u>  97%	3.4 - Sicurezza delle cure	97%
	3.5 - <u>Accreditamento</u>  100%	3.5 - Accreditamento	100%
	3.6 - <u>Lesioni da pressione</u>  0%	3.6 - Lesioni da pressione	0%
4 - <u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>  91%	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%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
4 - <u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>  91%	4.2 - <u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>  97%	4.2 - Il governo dei processi di acquisto beni e servizi	97%	
	4.3 - <u>Il governo delle risorse umane</u>  100%	4.3 - Il governo delle risorse umane	100%	
	4.4 - <u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>  99%	4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	4.4 - Programma regionale della gestione diretta dei sinistri	99%
	4.5 - <u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>  100%	4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	4.5 - Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	100%
	4.6 - <u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u>  100%	4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	4.6 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	100%

Piano delle Azioni 2018				
Indice				
Area obiettivi DGR	Sub-area obiettivi DGR	Settore obiettivi DGR	Performance	
4 - <u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>  91%	4.7 - <u>Disposizione anticipate di volontà di trattamento</u>  25%	4.7 - <u>Disposizione anticipate di volontà di trattamento</u>	25%	
	4.8 - <u>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</u>  92%	4.8 - <u>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</u>	92%	
	4.9 - <u>Sistema Informativo</u>  99%	4.9 - <u>Sistema Informativo</u>	99%	
	4.10 - <u>La gestione del patrimonio immobiliare</u>  100%	4.10 - <u>La gestione del patrimonio immobiliare</u>	4.10 - <u>La gestione del patrimonio immobiliare</u> 4.10.1 - <u>Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale</u> 4.10.2 - <u>Tecnologie biomediche</u>	100% 100% 100%
	5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>  100%	5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>  100%	5 - <u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>	100%

Area obiettivi DGR	1	<u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u>	
Sub-area obiettivi DGR	1.1	<u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>	
Settore obiettivi DGR	1.1	<u>Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018</u>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.6.6.1	DGR 919 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018			
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella) condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano. Nel 2018 le aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale. Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso</p>		<p>Le azioni procedono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma definito. Oltre il 95% degli indicatori sentinella ha osservato uno scostamento molto inferiore al 20% rispetto al valore atteso. Per la rendicontazione di dettaglio si rimanda al documento di monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione.</p>			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.6.1	DGR 919 - Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% 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>	 95%
-------------------------------	------------	-------------------------------	--

Settore obiettivi DGR	1.2.1	<u>Epidemiologia e sistemi informativi</u>	 100%
------------------------------	--------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	1.6.6.2	DGR 919 - Epidemiologia e sistemi informativi	 100%
Descrizione		Rendicontazione	
Garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei sistemi informativi del PRP. Tra le sorveglianze da mantenere e consolidare: Sistema di Sorveglianza dei stili di vita (PASSI, Passi d'Argento, Okkio alla salute, HBSC) e il registro regionale di mortalità; migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione: screening oncologici e vaccinazioni. Completare il registro regionale dei tumori. Le Aziende assicurano inoltre l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e l'adozione del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive. (DGR 919/18 pag. 37 di 106)		Effettuati nel rispetto delle scadenze regionali gli invii dei dati di mortalità relativi ai deceduti nel secondo semestre dell'anno 2017 in data 29/3/2018 e ai deceduti nel primo semestre 2018 in data 26/10/2018. La sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO è proseguita mediante l'effettuazione delle interviste programmate.	
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo

Obiettivo	1.6.6.2	DGR 919 - Epidemiologia e sistemi informativi								
										 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		
% Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2018) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 (valutazione a marzo 2019)	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%		
Realizzazione delle interviste PASSI programmate - Interviste realizzate/interviste programmate al febbraio 2019	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%		

Settore obiettivi DGR	1.2.2	Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.3	DGR 919 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale. Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI.(DGR 919/18 pag. 38 di 106)			Tutti i casi di sospetti di Dengue-Chikungunya e Zikas (n. 11) sono stati notificati in regione ed inviati al laboratorio di riferimento regionale. Tutte le notifiche malattie infettive sono state inserite e completate nell'applicativo SMI (n. 3056) e ne è stata valutata la completezza.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionale	Specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		100,00%		100,00%	
Schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 mesi dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%	

Settore obiettivi DGR	1.2.3	Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	 78%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.4	DGR 919 - Piano di Prevenzione vaccinale - Vaccinazione degli ultrasessantacinquenni			 56%				
Descrizione			Rendicontazione						
<p>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.</p> <p>È necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche.</p>			<p>Le campagne di vaccinazione antinfluenzale e antipneumococco si sono svolte nel secondo semestre dell'anno.</p> <p>Secondo i report regionali l'adesione alla vaccinazione antipneumococcica degli ultrasessantacinquenni per la provincia di Parma è stata del 27%.</p> <p>Per quanto riguarda il tasso di copertura della popolazione >65 il valore registrato nella campagna antiinfluenzale 2018-2019 è stato pari al 47% evidenziando un trend in miglioramento anche se distante dallo standard previsto. La importante azione di sensibilizzazione attuata (call center informativo alla popolazione, formazione ai professionisti, ecc.) ha comunque consentito di invertire il trend incrementando di circa 3 punti percentuali la copertura</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute			Riferimento Normativo				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni		Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		47,00%		63,00%
copertura vaccinale anti pneumococco nella popolazione di età >= 65 anni		Specifico flusso di riferimento	% >=		55,00%		27,00%		49,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.7.3.3	DGR 919/18 - Piano di Prevenzione vaccinale			 100%
Descrizione	<p>Nel corso del 2018 dovranno inoltre garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (a partire dai nati dal 1-1-2018); -l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005; -l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'herpes Zoster ai 65enni. <p>Inoltre deve essere data piena attuazione a quanto previsto dalla legge nazionale 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13 del 22-12-2017 che fornisce indicazioni in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.</p> <p>È necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche.</p>		Rendicontazione		
			<p>L' offerta attiva e gratuita di Rotavirus a tutti i nuovi nati viene garantita in tutte le PDC da gennaio 2018; la quinta dose di poliomielite viene proposta all'adolescente ma in quasi tutti i Distretti a carico del SISP e non delle PDC. L'herpes zoster viene proposto dal Sisp. La Legge 119/2017 e la Circolare 13 sono state applicate in tutte le PDC aziendali a partire dal 2017, attraverso azioni di recupero che hanno comportato la necessità di sedute vaccinali aggiuntive rispetto a quanto previsto dal solo calendario vaccinale. L'azione di recupero dei soggetti inadempienti in alcuni Distretti è terminata, in altri non si è conclusa; è stata gestita in collaborazione con i Sisp distrettuali per la parte relativa agli adolescenti tranne nel Distretto di Parma dove il recupero vaccinale 0-17 anni è a carico della PDC.</p> <p>E' stata garantito il supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali e all'applicazione del nuovo calendario vaccinale .</p> <p>Nei distretti è iniziata la proposta attiva di vaccinazione contro HPV anche per i ragazzi e continua l'attività di vaccinazione per le ragazze.</p> <p>E' garantita l'attività di chiamata per le 10 vaccinazioni obbligatorie e per il meningococco B per i nuovi nati .</p> <p>Secondo semestre : in tutte le Pediatrie è continuata la proposta attiva della Vaccinazione antirotavirus e del Meningococco B ai nuovi nati; è proseguita la gestione inadempienti con il recupero dell'obbligo vaccinale come da indicazioni della Legge 119 e della Circolare regionale n. 13. Nei mesi di novembre e dicembre è stata proposta la vaccinazione antinfluenzale ai minori che avevano indicazione per patologia cronica, che ha visto un incremento rispetto agli anni precedenti, ed è proseguita l'applicazione della Circolare per le Malattie Invasive Batteriche con la somministrazione di vaccinazioni aggiuntive per i soggetti con patologia .</p> <p>Non ancora disponibili i dati relativi alla copertura vaccinale contro il meningococco B e per la copertura vaccinale contro HPV delle ragazze e dei ragazzi della coorte di nascita 2006.</p>		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.7.3.3	DGR 919/18 - Piano di Prevenzione vaccinale							 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		
copertura vaccinale per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (al 24° mese)	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		96,10%		100,00%		
copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno	Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%						
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006	Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%						
copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazzi della coorte di nascita 2006	Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%						

Settore obiettivi DGR	1.2.4	Programmi di scening oncologici	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
94%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.7.5.1	DGR 919 - Programmi di screening oncologici			
Descrizione			Rendicontazione		
Consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati per la popolazione target (DGR 919/18 pag. 39 di 106)			<p>Nei tre programmi proseguono le azioni volte al consolidamento dei percorsi e a mantenere i livelli di copertura raccomandati.</p> <p>Per quanto riguarda lo Screening del tumore del collo dell'utero il tasso di adesione al 31.12.2018.2018 risulta essere superiore alla media regionale(69,7% vs 66,5% RER)</p> <p>Per lo screening Mammografico: L'attività prosegue regolarmente al massimo della potenzialità rispetto all'organico a disposizione. Sono in corso le procedura per reperire il personale carente . Sviluppo dell'estensione degli inviti alle pazienti di età 45-49 con cadenza annuale e nel consolidamento dell'invito biennale alle pazienti di 50-74 anni.</p> <p>Per quel che concerne Screening Colon-rettale : l'indicatore di copertura della popolazione (popolazione target che ha effettuato test di screening) la rilevazione puntuale al 30/11/2018 (Inviti al 30/11/2018 Adesione al 30/11/2018) mostra un valore pari al 49,2% (media RER 54,1%).</p>		
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.7.5.1	DGR 919 - Programmi di screening oncologici							 94%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Screening cervicale: %di popolazione target (donne 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		69,70%		100,00%		
Screening mammografico: %di popolazione target (donne 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	Specifico flusso di riferimento	% >=		60,00%		51,00%		85,00%		
Screening colonrettale: %di popolazione target (persone 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		49,20%		98,00%		

Settore obiettivi DGR	1.2.5	Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
		100%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.6.6.5	DGR 919 - Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita							
Descrizione			Rendicontazione						
Mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Realizzazione del Piano Amianto Regionale approvato con DGR 1945/2017 (DGR 919/18 pag. 39 di 106)			E' stato garantito il mantenimento della copertura di vigilanza consolidata. I piani di rimozione amianto nell'anno sono stati 549 e ne sono stati controllati 116 (21%). N. 11 aziende (su 8 previste) partecipano al progetto di promozione alla salute nei luoghi di lavoro (137%)						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute			Riferimento Normativo				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. cantieri rimozione amianto controllati/piani rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs81/08)		Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		21,00%		100,00%
Evidenza di attivazione ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%
N. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro		Specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	1.2.6	Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

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

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

Settore obiettivi DGR	1.3	<u>Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione</u>	 100%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione	
Obiettivo	1.6.6.7	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Piano Regionale Integrato				 100%

Descrizione		Rendicontazione			
Contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori individuati nel PRI approvato con DGR 1500/2017. La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella" per il 2018, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per il 2018.		Gli indicatori sentinella sono costantemente monitorati e rendicontati sui sistemi regionali. Al 31/12 sono stati raggiunti tutti gli indicatori previsti come indicato nella relazione SISVET e nel sistema regionale ORSA.			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.6.7	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Piano Regionale Integrato								100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistemi nazionali, se presenti es. Vetinfo, sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano.	sistemi nazionali, se presenti es. Vetinfo, sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL	% >=		80,00%		100,00%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.6.6.8	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Le aziende, oltre a quanto previsto nel PRI per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina, brucellosi ovi caprina e le ispezioni per l'anagrafe ovi caprina, dovranno registrare i dati dei controlli ufficiali sui sistemi nazionali SANANA (indicatore LEA 2017) e VETINFO.(DGR 919/18 pag.41 di 106)			L'attività è proseguita secondo quanto previsto dal PRI raggiungendo al 31/12/2018 le percentuali evidenziate.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione						
Obiettivo	1.6.6.8	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina brucellosi ovi caprina e anagrafe ovi caprina									100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% degli allevamenti controllati/totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno		sistema SEER del IZSLER	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN.		sistema SISVET di VETINFO	% >=		80,00%		83,00%		100,00%		
% aziende controllate nell'anno/totale delle aziende soggette a controllo.		portale nazionale VETINFO "Statistiche"	% >=		3,00%		3,70%		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione						
Obiettivo	1.6.6.9	DGR 919 - Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Realizzazione dei controlli su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)									100%
Descrizione			Rendicontazione								
Attuare controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano Regionale per la ricerca dei fitosanitari			Piano Regionale per la ricerca fitosanitari in attuazione. Al 31/12 sono stati analizzati tutti i n. 101 campioni previsti dal Piano (100%)								
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
% di campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti/totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria.		sistema nazionale NSIS	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	1.4	<u>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u>	 87%
-------------------------------	------------	--	---

Settore obiettivi DGR	1.4	<u>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</u>	 87%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione	
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 919 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie				 87%
Descrizione			Rendicontazione			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 919 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie			 87%
<p>Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino. Realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale. Raccolta sistematica segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale. (DGR 919/18 pag. 42 di 106)</p>		<p>E' stato adottato integralmente il protocollo regionale di vaccinazione per il personale sanitario che prevede la regolarizzazione immediata all'atto dell'assunzione dei nuovi inserimenti ed il completamento dello screening immunitario, per varicella e morbillo, in fase molto avanzata, e per parotite e rosolia ancora al di sotto del 95% dello screening . In ogni caso nel corso del 2018 non ci sono stati casi di infezione tra gli operatori sanitari.</p> <p>Tutti gli operatori adibiti a reparti ad alto rischio sono visitati con cadenza in media biennale ed hanno ormai completato lo screening sierologico per le malattie infettive con relativa offerta vaccinale attiva la cui adesione risulta necessaria al fine del mantenimento dell'idoneità alla mansione . Resta comunque una quota di operatori che per esigenze organizzative (attività dipartimentale e non più di reparto, ferie e malattie) possono essere mobilitati per brevi periodi e pertanto non inviati al medico competente per il parere sul cambio di mansione. Sono stati organizzati 2 corsi di formazione del personale sulle malattie infettive e vaccinazioni accreditati ECM il 18/09/2018 a Vaio e il 18/10/2018 a Parma. Docenti i Servizi di Igiene Pubblica, un Infettivologo, i medici competenti. Il 13 novembre è stato organizzato un seminario sulla vaccinazione antinfluenzale rivolto agli operatori delle due aziende sanitarie . Il 21/09/2018, presente il Responsabile del Dipartimento Logistica, l' RSPP, un medico del SIAN, è stato programmato un incontro con le Coop della ristorazione collettiva AUSL (CAMST, Elior) e con il gestore dei distributori automatici (Parma Vending) per rivedere la tipologia di alimenti offerti al personale AUSL ed i codici colori indicatori degli alimenti più sani. Contestualmente verrà organizzato nel primo trimestre 2019 una serie di corsi di formazione sulla corretta alimentazione con prove anche pratiche di preparazione di piatti inquadabili nella dieta mediterranea. Relativamente ai lavoratori visitati nel corso dell'anno dai medici competenti è stata garantita, per una quota di questi, la compilazione del questionario regionale informatizzato sugli stili di vita.</p> <p>Il SPPA raccoglie i dati relativi alle molestie ed aggressioni sia fisiche che verbali a danno di tutti gli operatori; i dati sono successivamente elaborati nella statistica annuale degli infortuni, che viene distribuita agli interlocutori aziendali. Sono organizzati incontri con gli operatori per definire azioni di miglioramento rispetto ad organizzazione del lavoro; nel corso del I°Semestre 2018 sono stati organizzati incontri: presso la Direzione DAISM-DP e Residenza Psichiatrica Santi.</p>			
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	7.8.3.1	DGR 919 - Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie							 87%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	specifico flusso di riferimento	% >=		34,00%		33,00%		97,00%		
operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		95,00%		100,00%		
% schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti	specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%		2,50%		50,00%		
Produzione documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		

Area obiettivi DGR	2	<u>Assistenza territoriale</u>	 89%
Sub-area obiettivi DGR	2.1	<u>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>	 99%
Settore obiettivi DGR	2.1	<u>Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</u>	 99%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 919/18 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa			 96%
Descrizione		Rendicontazione			
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard;		<p>Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 96% per le prestazioni con priorità D e dell'82% per le prestazioni con priorità B.</p> <p>I Distretti sono costantemente impegnati nel garantire la congruità dell'offerta rispetto alle diverse esigenze attraverso una committenza puntuale nei confronti dei produttori sia interni che esterni (Azienda Ospedaliero/Universitaria e Privato Accreditato).</p> <p>Funzionali al mantenimento dei tempi di attesa sono state anche le azioni in essere sul versante del governo della domanda, in primis attraverso l'utilizzo del motore semantico per la verifica dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni (ex DGR 704/11) e gli audit svoltisi nei Nuclei di Cure Primarie con i diversi attori del sistema (MMG e Specialisti)</p>			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.2.3.1	DGR 919/18 - Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa								96%
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	
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale		% >=		90,00%		96,00%		100,00%	
Indice di performance per le prestazioni urgenti differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante	Cruscotto Regionale		% >=		90,00%		82,00%		91,00%	

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.3	DGR 919/18 - Prescrizioni e prenotazione dei controlli			 99%				
Descrizione			Rendicontazione						
Prescrizioni e prenotazione dei controlli - promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico l'utente			Al fine di promuovere la presa in carico dei pazienti e la riprenotazione interna delle prestazioni richieste dallo specialista sono state istituite delle 'code gestionali' ovvero la visibilità di quota parte delle prestazioni, con particolare riferimento ai controlli, da parte della struttura erogante. Nel 2017 le prenotazioni effettuate sulle code gestionali sono state 159.193, mentre nel 2018 sono state 225,248 decisamente in aumento.						
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di prescrizioni effettuate dal medico specialista/ Totale delle prescrizioni delle visite di controllo. (rispetto all'anno 2017)		ASA/ARMP/DEMA	% >=		18,77%		18,32%		98,00%
Nr. di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP.(rispetto all'anno 2017)		ASA/ARMP/DEMA	Numero >=		159.193,00		225.248,00		100,00%

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	1.2.3.4	DGR 919/18 - Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale			Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo.						

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

Sub-area 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 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.1.5.1	DGR 919/18 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	 100%		
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale.</p> <p>Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della attivazione delle Case della Salute programmate e individuazione di nuove progettualità, a livello locale, in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie - Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità 		<p>Prosegue regolarmente la realizzazione, secondo il cronoprogramma stabilito, delle Case della Salute previste nella pianificazione aziendale. Il 19/06/18 è stata attivata a Parma la " Casa della Salute per il bambino e l'adolescente", di recente entrata nella pianificazione, dove sono stati trasferiti i servizi della neuropsichiatria, la neurologia funzionale e riabilitativa, il centro per i disturbi del comportamento alimentare, la medicina riabilitativa per l'infanzia e l'età evolutiva, la pediatria di comunità, lo spazio giovani, il centro terapia della famiglia.</p> <p>Sono stati avviati i lavori per la realizzazione della Casa della Salute di Via XXIV Maggio nel contesto urbano del Distretto di Parma.</p> <p>Il adeguamento alla DGR 2128/17 sono stati formalizzati i ruoli di coordinamento nelle Case della Salute, in particolare il Referenti Clinici (MMG), i Responsabili Organizzativi ed i board organizzativo-gestionali che operano in base alla committenza definita dalle Direzioni Distrettuali e dei Dipartimenti Cure Primarie.</p> <p>Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità sono attivi in tutte le case della Salute e particolarmente strutturati nelle Case della Salute a medio-alta complessità.</p>			
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.5.1	DGR 919/18 - Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa								100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. CdS con referente organizzativo/Nr CdS attive	Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Nr. CdS hub con board gestionale -organizzativo/Nr CdS hub attive	Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Attivazione CdS programmate per il 2018	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle CdS hub) rispetto all'anno 2017	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		17,00		17,00		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.5.2	DGR 919/18 - Gestione integrata delle patologie croniche								100%
Descrizione	Rendicontazione									
Per la gestione integrata delle patologie croniche, dovranno: - Consolidare in tutte le Aziende Sanitarie i percorsi integrati di assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco. Per il 2018, particolare attenzione andrà posta al percorso di presa in carico integrata della BPCO nelle Case della Salute\NCP, con il coinvolgimento anche degli Pneumologi ospedalieri (Azienda USL/Azienda ospedaliera) con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale come, per esempio, gli ambulatori infermieristici, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare.	Prosegue la presa in carico nei percorsi di gestione integrata ormai consolidati (diabete e scompenso cardiaco). La presa in carico integrata della BPCO è ben strutturata nella Casa della Salute di San Secondo ed in fase di avvio nella Casa della Salute di Fontanellato; proseguono i lavori, all'interno del percorso Bocconi-Academy, del Gruppo Tecnico interaziendale per la definizione del PDTA della BPCO, presentato nel workshop del 04/06/18. Per sensibilizzare i professionisti sul tema della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati negoziati specifici obiettivi di budget sia con i Dipartimenti Cure Primarie che con i Dipartimenti Ospedalieri. Particolarmente significativa la riduzione a livello aziendale dei ricoveri per BPCO (DRG 88) con una riduzione del tasso di ospedalizzazione pari al 27,07%									
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo									

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.1.5.3	DGR 919/18 - Presa in carico Fragilità\Multimorbidity								 100%
Descrizione	Rendicontazione									
Garantire la presa in carico della fragilità\multimorbidity nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare	<p>E' stato avviato l'utilizzo dello strumento regionale "Profili di Rischio/Risk-ER". In tutti i Distretti è stato nominato un MMG referente per il Progetto Risk-ER, con il compito di promuovere e sostenere l'utilizzo dello strumento (sono state distribuite le credenziali per accedere agli elenchi) e interfacciarsi con i medici referenti ospedalieri già individuati negli ospedali aziendali, e di prossima individuazione nei reparti di Azienda Ospedaliero/Universitaria.</p> <p>In tutti i Distretti sono stati fatti gli incontri per distribuire le credenziali di accesso al portale web e promuovere l'utilizzo dello strumento Risk-ER attraverso uno stile di lavoro integrato multidisciplinare in equipe, nell'ambito degli ambulatori infermieristici della cronicità.</p> <p>Proseguono le attività in merito all'utilizzo dei questionari PACIC e ACIC, a partire dalle azioni di miglioramento rispetto agli esiti dei questionari somministrati nel 2017, relativamente al percorso di gestione integrata del diabete, nelle Case della Salute di Langhirano, Medesano, Colorno e San Secondo. E' stata fatta una ricaduta informativa in tutti i contesti che hanno partecipato alla rilevazione, sono state esaminate le criticità che varranno tradotte in piani di miglioramento.</p>									
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.1.5.3	DGR 919/18 - Presa in carico Fragilità\Multimorbidity							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER, relativi al 2018 trasmessi in Regione.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC).	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	6.2.2.2	DGR 919 - Presa in carico della fragilità\multimorbidity							 100%	
Descrizione	Rendicontazione									
(DGR 919/18 pag. 46 di 106) Per la gestione integrata delle patologie croniche, garantire la presa in carico della fragilità\multimorbidity nell'ambulatorio infermieristico della cronicità.	L'Azienda nell'ambito della gestione integrata delle patologie croniche, ha scelto di concentrare l'attenzione sul tema del diabete. Gli strumenti utilizzati sono stati ACIC e PACIC. L'analisi esplorativa è stata condotta all'interno di quattro Case della Salute: Langhirano, Medesano, Colorno, S.Secondo, una per ciascun Distretto. In seguito, i dati provenienti dai due strumenti di rilevazione sono stati posti a confronto con l'intento di valutare le rappresentazioni provenienti dalle due fonti: il Team di professionisti vs i pazienti inseriti nel percorso, al fine di definire aree di soddisfazione ed eventuali criticità. I risultati evinti rappresentano la base su cui le organizzazioni oggetto di verifica, pianificheranno le proprie attività di miglioramento. I Quattro Distretti afferenti alle CdS oggetto di indagine, hanno provveduto alla diffusione dei dati evinti, ognuno ha provveduto all'individuazione di un progetto di miglioramento conseguente.									
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo									

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.3.2.2	DGR 919/18 - Sistema informativo Case della Salute							 100%	
Descrizione			Rendicontazione							
<p>Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi.</p> <p>Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.</p>			<p>Il Sistema Informativo delle Case della Salute, che comprende sia il questionario relativo all'Anagrafica delle CDS sia che quello relativo all'offerta, viene periodicamente aggiornato.</p>							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nel Sistema Informativo Case della Salute	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	2.3	<u>Ospedali di Comunità</u>	 88%
-------------------------------	------------	------------------------------------	--

Settore obiettivi DGR	2.3	<u>Ospedali di Comunità</u>	 88%
------------------------------	------------	------------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 919/18 - Ospedali di Comunità			 88%
Descrizione			Rendicontazione		
Le Aziende devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Osco valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70 , della DGR 2040/2005 e del Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.			La rete provinciale delle cure intermedie comprende strutture derivate da riconversione di posti letto per acuti, quali la Casa della Salute di San Secondo (30 posti letto), l'Ospedale di Borgo Val di Taro (18 posti letto), strutture pubbliche territoriali quali il Centro Cure Progressive di Langhirano (6 posti letto) e strutture socio-sanitarie (6 posti letto nella CRA "San Mauro abate di Colorno" e 6 posti letto nella CRA di Collecchio) Le modalità organizzative di accesso sono differenti nei diversi contesti distrettuali, centralizzata nel Distretto Sud-Est, decentrata nelle diverse strutture nelle altre realtà. In tutti i contesti l'accesso avviene previa valutazione multidimensionale. Entro la fine dell'anno si prevede di avviare l'implementazione del flusso SIRCO in tutte le strutture. E' stato definito un progetto per l'attivazione di 5 posti letto di cure intermedie c/o la ASP del Distretto di Fidenza. Da precisare che il dato relativo alla degenza media è influenzato dalle diverse modalità organizzative e dalle diverse modalità di assistenza erogata .		
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.1.5.4	DGR 919/18 - Ospedali di Comunità							 88%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Degenza media in Osco (espressa in giorni - DM 70/2015)	Banca dati SIRCO	Numero <=		20,00		27,37		63,00%		
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	Specifico flusso di riferimento	% <=		90,00%		38,80%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	2.4	<u>Assistenza protesica</u>	 100%
Settore obiettivi DGR	2.4	<u>Assistenza protesica</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 919/18 - Assistenza protesica							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
A seguito dell'individuazione delle competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la definizione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili, nel 2018 dovrà essere completata la formulazione degli albi dei prescrittori			Nel 2017, a cura della Direzione Sanitaria Aziendale, è stato formalizzato il documento di indirizzo con le caratteristiche, le modalità organizzative e le competenze previste per la definizione dell'albo interaziendale dei prescrittori di protesi, ortesi ed ausili. E' pienamente applicato il protocollo interaziendale per la prescrizione delle protesi acustiche che ha notevolmente migliorato l'appropriatezza prescrittiva, soprattutto in merito ai rinnovi, che ha avuto importanti effetti anche sulla riduzione della spesa. E' stato predisposto l'albo interaziendale dei prescrittori che è stato formalmente adottato con Delibera n. 950 del 27/12/18.						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	1.3.2.1	DGR 919/18 - Assistenza Protesica								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
A seguito dell'individuazione delle competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la definizione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili, nel 2018 dovrà essere completata la formulazione degli albi dei prescrittori			Con Deliberazione del Direttore Generale n. 950 del 27/12/2018 è stato approvato l'Albo di medici specialisti prescrittori di protesi ortesi e ausili della provincia di Parma.							
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.5	<u>Cure Palliative</u>	 100%
-------------------------------	------------	-------------------------------	---

Settore obiettivi DGR	2.5	<u>Cure Palliative</u>	 100%
------------------------------	------------	-------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 919/18 - Cure Palliative			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 919/18 - Cure Palliative			 100%
<p>Proseguire il percorso di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative (DGR 560/2015 e DGR1770/2016) in particolar modo completare la loro struttura organizzativa, le reti e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Completare la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari.</p>		<p>E' ancora in corso completamento della struttura organizzativa Per quanto riguarda l'implementazione PUA (Punto Unico di Accesso) in tutti i distretti, con il coordinamento della U.O.C. di Cure Palliative Aziendale, è stata istituita l'UVP da gennaio 2018 (Unità di Valutazione Palliativa) composta da: Medico Palliativista, Case Manager Ospedaliero/Territoriale, Assistente Sociale Direzione Infermieristica Hospice. L'Organismo Tecnico di Coordinamento, costituito dai referenti dei singoli nodi, rappresentativo di tutte le figure professionali presenti nella RLCP, si è occupato dell'organizzazione del piano formativo, che ha visto la realizzazione dei seguenti eventi formativi trasversali della RLCP :16 marzo Convegno presentazione cure palliative Clinica Città di Parma, 5 maggio convegno riorganizzazione RLCP a Langhirano, 8 giugno convegno Fornovo DAT aperto popolazione e volontariato, 15 giugno incontro con associazioni volontariato e Uo ricerca innovazione AOU PR, 19 giugno presentazione rete palliativa pediatrica evento interaziendale. L'Organismo Tecnico di Coordinamento ha altresì affrontato il tema dell'integrazione con Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e con la Rete Pediatrica. Incremento attività del Nodo Ambulatorio CP sui 4 distretti: primo semestre 2018 305 visite verso 234 del primo semestre 2017 Per arrivare alla formalizzazione delle UCPD di base e specialistiche sono stati fatti incontri con il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e Cure Primarie della Provincia: 12 gennaio incontro con Distretto Fidenza, 18 gennaio Coordinatori case protette distretto Fidenza, 19 gennaio incontro con medici continuità assistenziale, 25 gennaio incontro con coordinatori CRA, 8 febbraio incontro Distretto Parma, 19 febbraio incontro con Direzione Generale, 9 marzo incontro con distretto Fidenza, 19 marzo incontro distretto Sud Est, 21 marzo incontro distretto Borgo val di taro, 22 marzo incontro referenti Ospedale, 4 aprile cure palliative pediatriche con direzioni generali e sanitarie delle due aziende USL. Nel secondo semestre 2018 è stato elaborato il documento attuativo RLCP, presentato in occasione della visita di accreditamento istituzionale di azienda USL a dicembre in cui sono descritti: strumenti di attivazione della rete, identificazione di punto unico di accesso alla rete, identificazione delle figure che compongono l'unità di valutazione palliativa, definizione delle modalità comunicative tra i nodi della rete, pianificazione dei bisogni formativi in CP, pianificazione delle verifiche con audit organizzativi annuali</p>			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.1.2.1	DGR 919/18 - Cure Palliative								100%
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/Nr. di malati deceduti per causa di tumore	Specifico flusso di riferimento	% >=		45,00%		46,00%		100,00%		
Formalizzazione delle UCPD di base e specialistiche come previsto dalla DGR 560/2015 e DPCM 12/01/2017	Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%		
Nr. Annuo giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore (incremento rispetto al 2017)	Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%						

Sub-area obiettivi DGR	2.6	<u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	 58%
-------------------------------	------------	--	---

Settore obiettivi DGR	2.6	<u>Continuità Assistenziale - dimissioni protette</u>	 58%
------------------------------	------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 919/18 - Continuità assistenziale - dimissioni protette			 58%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 919/18 - Continuità assistenziale - dimissioni protette			 58%
		<p>Continuare ad implementare i modelli organizzativi relativi alle dimissioni protette quali case manager del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, le centrali operative/PUA riferimento per le diverse tipologie di dimissioni complesse. In tale contesto assume rilievo la tempestiva segnalazione, entro le 72 ore dall'ammissione, ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessiteranno di dimissione protetta.</p>			<p>Il tema della continuità assistenziale e delle dimissioni protette è stato affrontato congiuntamente dalle due aziende sanitarie provinciali e sono stati formalizzati tre gruppi di lavoro finalizzati a sviluppare soluzioni possibili per la realizzazione di percorsi integrati per pazienti fragili e cronici. I tre gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due aziende sanitarie, da medici di medicina generale e da professionisti delle ASP, hanno lavorato sui seguenti temi: 1) Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro-attivi di carattere sanitario e socio-sanitario; 2) Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio; 3) Attuazione di percorsi integrati fra servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per Anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione. I Gruppi hanno terminato i lavori ed hanno prodotto i nuovi protocolli sia per migliorare il percorso di dimissione protetta, in particolare dall'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma che tra i servizi territoriali, ospedalieri e le Case Residenze per gli anziani, che sono stati presentati in un incontro di condivisione il 15/12/17. La figura del case manager è presente nei percorsi di dimissione dagli ospedali aziendali (Distretti di Fidenza e di Borgo val di Taro) e dall'AOU di Parma (Distretto di Parma e Distretto Sud-Est); quest'ultima, al fine di facilitare le dimissioni sta lavorando alla realizzazione di un Punto Unico di Dimissione (PUD) al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e facilitare le relazioni con il territorio.</p> <p>E' stato definito il documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette in Provincia di Parma, che sarà reso attuativo nel 2019 e che contribuirà a migliorare le performance della tempestività di presa in carico nell'ADI. Il valore relativo all'indicatore n. 4 non è rilevabile.</p>
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.1.5.6	DGR 919/18 - Continuità assistenziale - dimissioni protette							 58%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. presa in carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera	INSIDER	% >=		45,00%		16,65%		37,00%		
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera	INSIDER	% >=		45,00%		35,13%		78,00%		
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (N. PIC di assistiti >= 75 anni/ Popolazione residente >= 75 anni)	INSIDER	Numero >=				160,97				
Nr. Segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera.	rilevazione campionaria nell'ambito dei controlli sulle cartelle cliniche	% >=		45,00%						

Sub-area obiettivi DGR	2.7	Materno Infantile - percorso Nascita	 79%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.7	Materno Infantile - percorso Nascita	 83%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	1.4.4.1	DGR 919/18 - Materno-Infantile – Percorso Nascita Area Consultoriale			 80%

Descrizione	Promuovere l'equità di accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità		Rendicontazione	E' stata garantita la presa in carico delle gravide attraverso una serie di azioni che partono dalla fase preconcezionale, alla fase della gravidanza, del post-parto, con il progetto della dimissione appropriata e del puerperio. Particolare attenzione è rivolta alle donne straniere, alle donne con bassa scolarità e alle donne con disagio psico-sociale. Il progetto della dimissione appropriata in essere da molti anni permette la presa in carico precoce anche dei neonati da parte del PIs entro 72 ore dalla dimissione, anche se difficoltosa l'iscrizione al SSN dei neonati nei primi giorni di vita. Si precisa che i valori disponibili del secondo e terzo indicatore sono aggiornati al primo semestre 2018 .	
--------------------	---	--	------------------------	---	--

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione						
Obiettivo	1.4.4.1	DGR 919/18 - Materno-Infantile – Percorso Nascita Area Consultoriale									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			
Nr. gravide residenti assistite dai consultori familiari/ totale parti di residenti. (rispetto media 2016)	Banca dati CEDAP	% >=		47,00%		53,00%		100,00%			
Nr. donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Nr. parti di nullipare residenti	Banca dati CEDAP	% >=		56,00%		57,73%		100,00%			
% di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 giorni dalla nascita.	Anagrafe regionale Assistiti	% >=		50,00%		9,92%		20,00%			
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione						
Obiettivo	2.2.5.1	DGR 919/18 - Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico									86%
Descrizione			Rendicontazione								
Garantire l'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto, e riducendo il ricorso al taglio cesareo. Azioni messe in atto per garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita a seguito del superamento dei punti nascita.			Sono state introdotte sia azioni dirette che procedure e istruzioni operative per la gestione di gravide, partorienti e neonati relativi al superamento del punto nascita di Borgotaro chiuso ad ottobre. In particolare sono stati implementati tutti i percorsi di presa in carico delle gravide fino al momento del parto ed è stata monitorata l'attivazione delle procedure per il trasporto presso il punto nascita di riferimento. Sono in corso analisi dettagliate del dato della % dei cesarei espletati presso il punto nascita di Fidenza, al fine di introdurre correttivi adeguati. Le azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita presso il Distretto di Borgotaro hanno evidenziato la corretta gestione delle gravidanze afferenti al distretto e non si sono evidenziate problematiche particolari riferite al parto o al peripartum.								
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo								

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.2.5.1	DGR 919/18 - Percorso Nascita - Dipartimento Chirurgico							 86%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Percentuale di tagli cesarei primari HUB	CEDAP	% <=		25,00%		0,00%		100,00%		
Percentuale di tagli cesarei primari SPOKE	SIVER	% <=		15,00%		15,68%		95,00%		
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson SPOKE (valore medio del 2016 spoke con numero parti >=1.000)	SIVER	% <=		7,00%		11,54%		35,00%		
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson HUB (valore medio del 2016)	CEDAP	% <=		9,00%		0,00%		100,00%		
% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.	CEDAP	% <=		8,00%						
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Settore obiettivi DGR	2.7.1	Salute riproduttiva	 87%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.4.4.2	DGR 919/18 - Salute riproduttiva								 87%
Descrizione			Rendicontazione							
Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali. Favorire l'accesso ai CF degli adolescenti (14-19 anni), in particolare quelli stranieri e garantire l'apertura di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) per la perseverazione della fertilità			Attualmente lo Spazio Giovani di Parma ha valenza sovradistrettuale; gli spazi dedicati ai giovani adulti sono 4, uno per ogni distretto. Il dato del secondo indicatore è relativo allo Spazio giovani presente solo a Parma Centro							
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di utenti 14-19 anni degli Spazi Giovani/pop. residente di 14-19anni.	SICO		% >=		7,00%		4,29%		61,00%	
Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti.	Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie		Numero >=		1,00	4,00	4,00		100,00%	
Numero Spazi Giovani nei distretti.	Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie		Numero >=		1,00	1,00	1,00		100,00%	

Settore obiettivi DGR	2.7.2	Percorso IVG	 66%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	2.2.5.2	DGR 919/18 - Percorso IVG - Dipartimento Chirurgico			 66%				
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico			L'effettuazione di metodiche mediche e chirurgiche di IVG continua ad essere garantita in entrambi gli stabilimenti ospedalieri. Sono state messe in campo azioni ai fini del miglioramento della performance. I dati annuali evidenziano per il primo indicatore un valore pari al 42,02% superiore quindi all'atteso. Per il secondo indicatore, il valore rilevato a Fidenza è pari a 30,26% e a Borgotaro 64,15% con media di Presidio pari a 35,8%. E' in corso una revisione dell'organizzazione delle sedute di IVG chirurgica con personale non obietto.						
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di donne (residenti e non) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche.		Rilevazione IVG	% <=		25,00%		42,02%		32,00%
% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti.		Rilevazione IVG	% >=		27,00%		30,71%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.7.3	Procreazione medicalmente assistita
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni				
Obiettivo	2.2.5.3	DGR 919/18 - Procreazione Medicalmente Assistita - Dipartimento Chirurgico							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA, implementando il sistema informativo della donazione, proseguendo nell'attività di promozione della donazione, aderendo anche alle indicazioni regionali per l'acquisizione di gameti all'estero. Presso Presidio Ospedaliero Aziendale si effettua il primo livello di PMA.			Nel corso del primo semestre è stata inoltrata alla RER la richiesta di conferma della autorizzazione regionale e della predisposizione della relativa documentazione. Nel PO viene garantito il primo livello di PMA e, ad organico completo, non vi è di norma attesa. L'obiettivo non è applicabile in quanto nella struttura non vengono effettuati donazioni di gameti, nè PMA eterologa.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati.		Sistema informativo della donazione	% >=		90,00%				

Obiettivo	1.4.4.5	DGR 919/18 - Procreazione Medicalmente Assistita - Area Consultoriale							
Descrizione			Rendicontazione						
Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 monitorando il tempo di attesa per accedere alla PMA, implementando il sistema informativo della donazione, proseguendo nell'attività di promozione della donazione, aderendo anche alle indicazioni regionali per l'acquisizione di gameti all'estero. Presso Presidio Ospedaliero Aziendale si effettua il primo livello di PMA.			L'area consultoriale, attraverso l'apertura degli spazi giovani adulti, fornisce informazioni sulla possibilità di donazione dei gameti e sul percorso interaziendale della PMA.						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati.		Sistema informativo della donazione	% >=		90,00%				

Sub-area obiettivi DGR	2.8	<u>Contrasto alla violenza di genere</u>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.8	<u>Contrasto alla violenza di genere</u>	 100%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 919/18 - Contrasto alla violenza di genere			 100%
Descrizione			Rendicontazione		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	4.1.2.1	DGR 919/18 - Contrasto alla violenza di genere								 100%
<p>In applicazione dell'Accordo sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro, stipulato tra i Sindacati confederali e Confindustria, la Regione si è impegnata a sperimentare percorsi di ascolto e di supporto dedicati alle donne vittime di molestie sui luoghi di lavoro inviate dalle Consigliere di parità. La sperimentazione di tali percorsi è prevista presso alcuni consultori familiari delle Aziende nelle quali sono presenti i Centri "Liberiamoci dalla Violenza". Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti (per le Aziende Usl di Parma e Modena). -A seguito dell'apertura dei nuovi centri LDV di Bologna e della Romagna, realizzazione di un percorso formativo per i professionisti aziendali (per le Aziende Usl di Bologna e della Romagna). -Collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto 			<p>"Si è proceduto con il mantenimento delle attività presso il Centro LDV. Relativamente al corso di formazione e-learning, tutti i contenuti sono pronti ma deve essere ultimato prima che venga messo online e ""frequentato"" dai professionisti.</p> <p>Nel corso del 2018, 35 uomini hanno contattato il centro LDV, di questi 29 hanno effettuato un colloquio. Sempre nel corso del 2018 6 uomini hanno concluso il percorso (iniziato nel corso del 2017), mentre 3 hanno rinunciato a proseguire l'intervento (1 dopo il colloquio iniziale e 2 durante il percorso).</p> <p>E' stata inoltre organizzata la I fase di formazione Facilitatori così organizzata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - percorso per referenti assistenza territoriale sociale e sanitaria (partecipazione di 8 professionisti); - Percorso per referenti Pronto Soccorso (partecipazione 6 operatori). <p>Sono stati inoltre organizzati incontri a livello distrettuale."</p>							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. Partecipanti che hanno concluso le 20h di formazione in e-learning progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di EU e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ Nr. tot iscritti alla formazione		piattaforma FAD Asul Piacenza	% >=		70,00%					
Nr. Uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2017 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2017 nel centro LDV.		Rendicontazione aziendale	% >=		60,00%		75,00%		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.9	<u>Salute in età pediatrica e adolescenziale</u>	 100%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.9	<u>Salute in età pediatrica e adolescenziale</u>
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione			
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 919/18 - Salute in età pediatrica e adolescenziale						
Descrizione			Rendicontazione					
Accompagnare e sostenere le linee di indirizzo (DGR 1677/2013) anche attraverso un programma formativo specifico. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti. Contribuire alla realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio allontanamento.			"Anche con riferimento all'obiettivo 8, Area Tutela Minori, è proseguita nel Distretto di Parma la funzione di supporto alla Direzione del DAISM Dp ed alla UOS NPIA attraverso la partecipazione all'UVM di norma di cadenza mensile, supporto nella pianificazione integrata sociosanitaria dei casi complessi. Nell'ambito della scheda 3.7 del PLA Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura, in collaborazione con il DAISM DP, UOC NPIA, è stato istituito un gruppo di miglioramento aziendale coordinato dalla DASS, costituito da psicologi con funzioni di IAS nell'area della Psicologia Sociale con il seguente focus "Progetti quadro, Collocamento fuori famiglia, Cura e Tutela" insediato nell'Ottobre us. Gli obiettivi del gruppo di miglioramento: indagine epidemiologica quali quantitativa sui minori accolti nelle Comunità autorizzate ai sensi della dgr 1904 e sm, implementazione dell'integrazione tra funzioni di Cura e funzioni di Tutela con partecipazione aperta anche ad una rappresentanza dei Colleghi NPI/psicologi impegnati nei percorsi di valutazione, diagnosi e cura della NPIA. Si precisa che il flusso SISAMER è gestito per competenza interamente dagli Enti Locali pertanto l'indicatore non è rilevabile."					
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1677/2013, DGR 1102/2014, DGR 1904/11 s.m.i.				
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso	Flusso SISAMER	% >=		80,00%				

Settore obiettivi DGR	2.9.1	<u>Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti</u>							
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018				Indicazione sintetica della situazione attuale					
Dimensione Performance	1	Performance dell'utente			Area Performance	1.2	Area dell'integrazione		
Obiettivo	4.1.2.2	DGR 919/18 - Salute in età pediatrica e adolescenziale							
Descrizione				Rendicontazione					
Accompagnare e sostenere le linee di indirizzo (DGR 1677/2013) anche attraverso un programma formativo specifico. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini ed adolescenti. Contribuire alla realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio allontanamento.				"Anche con riferimento all'obiettivo 8, Area Tutela Minori, è proseguita nel Distretto di Parma la funzione di supporto alla Direzione del DAISM Dp ed alla UOS NPIA attraverso la partecipazione all'UVM di norma di cadenza mensile, supporto nella pianificazione integrata sociosanitaria dei casi complessi. Nell'ambito della scheda 3.7 del PLA Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura, in collaborazione con il DAISM DP, UOC NPIA, è stato istituito un gruppo di miglioramento aziendale coordinato dalla DASS, costituito da psicologi con funzioni di IAS nell'area della Psicologia Sociale con il seguente focus "Progetti quadro, Collocamento fuori famiglia, Cura e Tutela" insediato nell'Ottobre us. Gli obiettivi del gruppo di miglioramento: indagine epidemiologica quali quantitativa sui minori accolti nelle Comunità autorizzate ai sensi della dgr 1904 e sm, implementazione dell'integrazione tra funzioni di Cura e funzioni di Tutela con partecipazione aperta anche ad una rappresentanza dei Colleghi NPI/psicologi impegnati nei percorsi di valutazione, diagnosi e cura della NPIA. Si precisa che il flusso SISAMER è gestito per competenza interamente dagli Enti Locali pertanto l'indicatore non è rilevabile."					
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria			Riferimento Normativo	DGR 1677/2013, DGR 1102/2014, DGR 1904/11 s.m.i.			
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Nr. Bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso		Flusso SISAMER	% >=		80,00%				

Settore obiettivi DGR	2.9.2	<u>Lotta all'antibioticoresistenza</u>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	5.7.3.1	DGR 919/18 - Lotta all' antibioticoresistenza	 100%		
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distribuire ai pediatri di libera scelta (PLS) i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica. -Promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite -Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età <14 anni, come rilevato tramite il flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto fra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato 			<p>Per quanto riguarda i test rapidi vengono distribuiti seguendo le indicazioni della RER. L'incentivo per l'utilizzo dell'applicativo , inserito nello specifico accordo locale, viene erogato nei limiti delle indicazioni della RER.</p> <p>Per quanto riguarda la riduzione del tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica si registra la migliore performance regionale, mentre per quanto riguarda l'aumento delle prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato è da migliorare la performance e proseguono le azioni di sensibilizzazione; si precisa che i dati relativi agli indicatori "Tassi di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica" e "Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato" sono calcolati su 9 mesi</p>		
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

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

Settore obiettivi DGR	2.9.3	Promozione all'allattamento	 100%	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	1.4.4.3	DGR 919/18 - Promozione dell'Allattamento - Area Consultoriale			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare			Prosegue il monitoraggio dei dati relativi all'allattamento al momento delle vaccinazioni. Sono state messe in atto numerose attività per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare, come da DGR 919/18, attraverso interventi in rete in collaborazione con i Punti Nascita AOSP e dei P.O., i Centri per le Famiglie dei Comuni, le Associazioni ed i Pls. Per approfondimenti vd. con SubArea 5.7						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% allattamento completo a 5 mesi.		Flusso AVR	% >=		36,68%		37,34%		100,00%
% allattamento completo a 3 mesi.		Flusso AVR	% >=		55,93%		56,37%		100,00%
% non allattamento a 3 mesi		Flusso AVR	% <=		20,53%		18,75%		100,00%
% non allattamento a 5 mesi		Flusso AVR	% <=		28,69%		26,53%		100,00%

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.7.3.2	DGR 919/18 - Promozione dell'Allattamento -Pediatria di Comunità			 100%				
<p>Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi: Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare e migliorare i tassi di prevalenza di allattamento.</p>			<p>I questionari sull'allattamento vengono somministrati a 3 e 5 mesi in occasione delle vaccinazioni attraverso il programma vaccinale Onit e tutte le PDC Distrettuali procedono alla compilazione partendo dal mese di marzo fino a novembre, come previsto dalla Regione. I dati 2017 saranno pubblicati dalla Regione a settembre 2018; non esistono dati semestrali. Nel primo semestre 2018 sono state programmate alcune attività a livello locale per il secondo semestre tra le quali le iniziative per la settimana dell'allattamento di ottobre, in collaborazione con il Servizio Salute Donna. Secondo semestre Nell'anno 2018 il flusso dati allattamento è migliorato ed è diminuito il numero di questionari persi Nel mese di ottobre, in occasione della settimana mondiale per l'allattamento, presso la Casa della Salute per il bambino e l'adolescente di Parma nella sala d'attesa degli ambulatori vaccinali è stato proposto un evento di lettura e musica inerente il tema dell'allattamento. Sempre nello stesso spazio è stata allestita la mostra fotografica sull'allattamento ambientata nei luoghi di Parma, a cura del Servizio Salute Donna Sono stati prodotti i dati relativi ai questionari 2017, si riportano i risultati finali</p>						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite		Flusso AVR	% <=		10,00%		3,65%		100,00%
% allattamento completo a 5 mesi.		Flusso AVR	% >=		36,68%		37,34%		100,00%
% allattamento completo a 3 mesi.		Flusso AVR	% >=		55,93%		56,37%		100,00%
% non allattamento a 3 mesi		Flusso AVR	% <=		20,53%		18,75%		100,00%
% non allattamento a 5 mesi		Flusso AVR	% <=		28,69%		26,53%		100,00%

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 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica
Obiettivo	7.4.2.1	DGR 919 - Formazione specifica in medicina generale			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliera e territoriali) Monitoraggio della rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale Per le aziende anche sede di attività didattica teoriche: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento dell'attività didattica</p>		<p>Durante l'anno 2017 è stato formalizzato con la Nota Prot. 0078627 del 22.12.2017 il documento di sintesi che descrive il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali, territoriali ed ospedaliera. Durante il secondo semestre del 2018 è stata stilata una relazione sul funzionamento della Rete dei Tutor per la formazione specifica in Medicina Generale, agli atti presso la sede della SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane. Il terzo indicatore non è applicabile in quanto l'AUSL di Parma non è sede di attività seminariale.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.1	Area della ricerca e della didattica					
Obiettivo	7.4.2.1	DGR 919 - Formazione specifica in medicina generale							 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 sulle azioni intraprese	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Relazione sul funzionamento della rete	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%		
documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	No					

Sub-area obiettivi DGR	2.11	Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	 100%
Settore obiettivi DGR	2.11.1	Progetto regionale adolescenza	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.5.5.1	DGR 919/18 - Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Le Aziende sanitarie dovranno dare applicazione al progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agevolare la creazione dei previsti coordinamenti socio-sanitari ed educativi sull'adolescenza, di livello distrettuale e in ambito CTSS (art. 21 LR 14/2008) -Attivare nell'ambito dei servizi territoriali, équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici con l'apporto dei consultori, dei CSM, della NPIA, dei Servizi per le dipendenze. 			<p>Le attività per la formazione delle équipes funzionali sono in corso di realizzazione in tutti i distretti. Sono in corso di aggiornamento i protocolli per la gestione dell'EU già stilati nel corso del 2013 ed in attuazione della delibera 914/2018 stiamo realizzando il progetto per la messa a punto di percorsi di accoglienza e trattamento di adolescenti e giovani che accedono ai PS. Sono state attuate le équipes di transizione all'età adulta al fine di assicurare la continuità delle cure. Sono stati attivati percorsi formativi e di intervizione. L'Asul di Parma partecipa alla formazione per l'utilizzo dell'Approccio Dialogico (Open Dialogue) nell'ambito del Progetto Adolescenza con l'obiettivo di migliorare la capacità di intervento integrato con gli adolescenti (PSSR Scheda 34). A giugno 2018, a Parma è stata aperta la Casa della Salute per il Bambino e Adolescente nella quale sono stati collocati tutti i servizi per gli adolescenti (Spazio Giovani, Centro Adolescenza della Npia) con revisione dei percorsi di accesso. Continua l'attività della RTI-Minori di San Polo di Torrile ed è in atto la riconversione di una Struttura per accogliere minori con provvedimenti giudiziari, secondo lo specifico progetto regionale.</p>		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	1.5.5.1	DGR 919/18 - Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"								 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale.	rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%		
Nr. Di équipes funzionali attivate	rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%		

Settore obiettivi DGR	2.11.2	Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
		100%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni
Obiettivo	1.5.5.2	DGR 919/18 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2018, e in particolare:</p> <p>- 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".</p> <p>-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</p>		<p>L'attività è proseguita regolarmente. Sono stati fatti incontri con i Pediatri di libera scelta al fine di facilitare l'accesso e la diagnosi precoce, anche attraverso l'utilizzo della CHAT. Sono state assicurate secondo programmi personalizzati gli interventi nella fascia di età 0-6 secondo le indicazioni della DGR 212/2016 anche mediante la collaborazione con Fondazione Bambini e Autismo, le Cooperative sociali, tutte con personale adeguatamente formato. E' stata assicurata la continuità di cura mediante la rivalutazione funzionale in UVM di tutte le persone al 16° anno di età. Sono stati attivati Progetti personalizzati mediante l'utilizzo sperimentale del Budget di Salute al fine di ricordare il Programma di cura e il Progetto di Vita. Sono continuati gli incontri del Tavolo per i Disturbi dello Spettro Autistico al fine di procedere insieme agli Enti locali ad una valutazione congiunta con le associazioni dei familiari e l'apporto della cooperazione sociale dei bisogni che porti ad una rimodulazione dell'offerta di servizi in grado di dare risposte alle persone in uscita dal percorso scolastico facilitando l'autonomia possibile e il "sollevio" delle famiglie.</p>			
Obiettivi Performance	1.1.1	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	1.5.5.2	DGR 919/18 - Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nr. medio ore settimanali per bambino	rilevazione aziendale	Numero >=		4,00		4,00		100,00%		
Nr. rivalutazioni funzionali nei bambini di età =16 anni/Nr. utenti con asd nella fascia = 16 anni	rilevazione aziendale	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Designazione, per ogni Azienda USL , di un referente dei Servizi di salute mentale adulti e utilizzo sperimentale del Protocollo Diagnostico per adulti	rilevazione aziendale	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Settore obiettivi DGR	2.11.3	Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione				
Obiettivo	1.5.5.3	DGR 919/18 - Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Definire annualmente le risorse che l'Ausl mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di Salute. Evidenza di valutazione multidisciplinare e multi professionale Azienda USL e Servizi Sociali degli EE.LL.			Le risorse sono state definite, sia sanitarie in ambito Aziendale che all'interno di un progetto inserito nel Piano di Zona del Distretto di Parma, in collaborazione con l'Ente Locale, che ha messo a disposizione risorse Sociali. L'Asul di Parma, capofila regionale per i Progetti terapeutico riabilitativi con Budget di Salute, ha curato la realizzazione di uno specifico volume dedicato al Budget di salute (in corso di stampa) quale esito di specifico Gruppo regionale che nel biennio 2017-18 ha realizzato attività formative in tutti le aziende con il coinvolgimento degli Enti locali, cooperazione sociale, associazioni. E' stata completata la ricerca sull'utilizzo del Budget di salute nei soggetti all'Esordio Psicotico. Il Dipartimento ha curato il percorso di confronto interaziendale tra i DAISM DP della Regione e le e rappresentanze degli Enti locali, che ha condotto alla stesura della Circolare Regionale dedicata al percorso UVM e al Budget di Salute						
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Evidenza della definizione delle risorse.		rendicontazione del DSM-DP sul fonte regionale SM	Si/No		Si		Si		100,00%
Nuovi progetti con bdg di salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare e multi professionale Ausl e EE.LL./_Nuovi progetti con bdg di salute attivati nell'anno.		rendicontazione del DSM-DP sul fonte regionale SM	% >=		30,00%		93,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.11.4	Percorso chiusura OPG di Reggio Emilia	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	1.5.5.4	DGR 919/18 - Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia			 100%
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Presidiare in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS</p>			<p>I progetti sono stati realizzati secondo i tempi definiti, come di consueto cercando di dare attuazione ai PTRI secondo normativa. Il DAI-SMDP ha attivamente partecipato alla stesura del Protocollo tra Regione Emilia Romagna, Magistrature di Sorveglianza e Cognizione, UEPE. E' stato realizzato uno specifico corso di formazione per il personale con riferimento AVEN. Sono stati tenuti interventi in diversi convegni e numerose pubblicazioni. A febbraio si è collaborato con la Società della Ragione per l'allestimento della mostra di Sambonet. Altre iniziative sono previste nel piano formativo e nell'ambito della Rassegna sulla salute mentale 2018.</p> <p>Per il monitoraggio dei Percorsi giudiziari e' stato istituito un apposito cruscotto dipartimentale, con il preciso scopo di ottimizzare accesso e percorsi territoriali di presa in cura.</p> <p>Esito dell'attività' di cruscotto e' la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative.</p> <p>Esito dell'attività' di cruscotto e' la redazione di un apposito Report annuale che garantisce l'attività di Governo da parte della Direzione, compresa la rilevazione delle criticità e le proposte migliorative.</p>		
Obiettivi Performance	1.2.1	Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	Riferimento Normativo		

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

Sub-area obiettivi DGR	2.12	<u>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</u>	 91%
-------------------------------	-------------	---	---

Settore obiettivi DGR	2.12	<u>Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza</u>	 91%
------------------------------	-------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione
Obiettivo	4.1.2.3	DGR 919/18 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza			 91%
<p>Va perseguita la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda le novità relative delle quote a carico del FSR.</p> <p>Garantire il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di Noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati.</p> <p>Assicurare la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA che vincola il 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità, anche attraverso il puntuale inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza.</p> <p>Qualificare l'offerta residenziale di accoglienza temporanea, garantendo le norme regionali nel caso di dimissioni ospedaliere protette e le opportunità di accoglienza temporanea di sollievo.</p> <p>Rafforzare le iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA, con particolare attenzione al "Dopo di Noi".</p> <p>Realizzare almeno un'iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato in ogni distretto.</p>		<p>Nell'ambito dell'area socio-sanitaria, a livello distrettuale, sono erogati i servizi e le prestazioni previste dal DPCM 12/01/2017.</p> <p>Si è proceduto ad effettuare il riparto del FRNA per l'area anziani, disabili e gravi disabilità acquisite, approvato dalla CTSS nel mese di novembre (la comunicazione della Regione di assegnazione delle risorse del FRNA è avvenuta nel mese di luglio, ma la CTSS è stata convocata nel mese di ottobre), previo confronto con i Direttori di Distretto ed i Responsabili degli Uffici di Piano (verbale agli atti della Direzione Attività Socio Sanitarie).La programmazione delle risorse del FRNA per la realizzazione dei servizi sia di ambito domiciliare che residenziale è di competenza dei Comitati di Distretto.E' stato garantito il costante monitoraggio e la rendicontazione nel sistema regionale online, nel rispetto dei tempi indicati dalla RER, delle risorse del FRNA, FNA e "Dopo di Noi" (L. 112/2016).</p> <p>E' stato assicurato il rispetto del monitoraggio del Flusso Mercurio Grada sia con invii alle Direzioni di Distretto ed agli Uffici di Piano per il costante monitoraggio e verifica, sia in Regione in ottemperanza alla circolare regionale 23/2012 (scadenze gennaio e agosto).</p> <p>E' stata effettuata la rendicontazione della spesa di cui alla DGR 2303/2016 "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per la realizzazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2017" inviata in Regione in data 23/11/2018 prot. 77979 (scadenza fissata dalla RER al 30/11/2018 PG/2018/0458981 del 25/06/2018).</p> <p>Per quanto riguarda l'inserimento dei dati relativi alla quota vincolata del FNA nel casellario dell'assistenza, la Conferenza Unificata - Governo, Regioni ed Autonomie locali – in data 16/04 ha approvato a livello nazionale l'avvio per l'anno 2018 della sperimentazione relativa all'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza ed ha individuato un numero di ambiti da coprire pari ad almeno il 15% della popolazione regionale nei territori di competenza.Ai 31/12 non era pervenuta alcuna comunicazione ufficiale dalla RER circa gli ambiti territoriali oggetto della sperimentazione.L'immissione dei dati nel casellario dell'assistenza è di competenza degli ambiti territoriali che effettuano la liquidazione degli interventi a valere sulla quota vincolata del FNA. Sulla base della programmazione distrettuale, gli ambiti territoriali hanno attivato inserimenti residenziali di sollievo.</p> <p>A seguito dell'approvazione da parte della CTSS del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi alla persona", è stato costituito un comitato di progetto che ha definito un percorso operativo, approvato dai Comitati di Distretto, presentato agli Enti Gestori dei servizi socio-sanitari, alle OOSS ed agli Enti di Formazione. Il percorso operativo è sfociato nella seconda parte del semestre in un corso, su base distrettuale, rivolto ai coordinatori di struttura, RAS e RAA delle</p>			

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	4.1.2.3	DGR 919/18 - Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza								 91%
			strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese quelle con meno di sei posti letto (case famiglia). L'Azienda, in collaborazione con i Comuni e nell'ambito della programmazione delle attività socio-sanitarie coordinate dagli Uffici di Piano, partecipa alla progettazione e realizzazione di interventi a favore delle persone disabili nell'ambito del "Dopo di Noi" (l. 112/2016). Sono state realizzate iniziative di sensibilizzazione in merito al tema del caregiver.							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi		Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		50,00%		100,00%	
% giornate in accoglienza temporanea di sollievo/ giornate annue in CRA.		Flusso FAR	% >=		2,00%		0,90%		45,00%	
Realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione su tema dell'abuso indirizzate ed aperte a gestori e addetti (comprese strutture con meno di 6 posti), MMG, associazioni di volontariato, famiglie e caregiver		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Definizione e attuazione di programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	
Realizzazione iniziative formative sul tema del caregiver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto		Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%	

Sub-area obiettivi DGR	2.13	<u>Progetto regionale demenze</u>	 87%
-------------------------------	-------------	--	--

Settore obiettivi DGR	2.13	<u>Progetto regionale demenze</u>	 87%
------------------------------	-------------	--	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione	
Obiettivo	5.2.2.1	DGR 919 - Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)				 87%

Descrizione
 Dare piena applicazione a quanto previsto nel Piano regionale Demenze ed all'implementazione dei PTDA locali. Garantire il percorso di presa in carico integrata e corretta dei DPSD.

Rendicontazione
 La responsabile aziendale ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per la stesura del PDTA regionale demenze, i lavori del tavolo sono terminati a dicembre 2018; successivamente la coordinatrice regionale del tavolo ha comunicato che il documento relativo al PDTA regionale demenze sarebbe stato sottoposto all'attenzione del Responsabile di Servizio e della Direttrice generale, per poter poi essere approvato con Delibera regionale nei primi mesi del 2019. La responsabile aziendale ha fornito con regolarità informazioni sull'andamento del tavolo alla Direzione Sanitaria, così come nell'equipe organizzative effettuate nei CDCD di Parma e Fidenza. Sono stati previsti obiettivi specifici ai DCP per contribuire alla riduzione del tasso di ospedalizzazione sia con il contributo dell'ADI che delle cure intermedie.

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

Riferimento Normativo

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	5.2.2.1	DGR 919 - Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)							 87%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Stesura ed implementazione PDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No				
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza (DGR 429) Valore riferito all'anno 2016	Specifico flusso di riferimento	% <=		31,00%		35,00%		87,00%		

Sub-area obiettivi DGR	2.14	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	 65%
-------------------------------	-------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.14	Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	 65%
------------------------------	-------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	5.9.2.1	DGR 919/18 - Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari								65%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici.	Rendicontazione aziendale	Sì/No		Sì		No		0,00%		
Nr. nuove persone detenute nell'anno per = 14 giorni screenate per HIV/Nr. nuovi ingressi dell'anno detenuti per = 14 giorni.	SISPER	% >=		90,00%		86,00%		96,00%		
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Nr. totale sezioni	Rendicontazione aziendale	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	2.15	<u>Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici</u>	 94%
-------------------------------	-------------	---	--

Settore obiettivi DGR	2.15.1	<u>Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2018</u>	 100%
------------------------------	---------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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 919 - Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018	 100%
------------------	----------------	---	---

Descrizione	Rendicontazione
Per l'anno 2018, viene definito un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2017 (-0,6%) L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa farmaci innovativi non oncologici e oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo), viene previsto a livello RE in +6,5% rispetto al 2017, ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.	Per l'anno 2018, all'azienda Usl di Parma viene assegnato un obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta pari ad un calo del 1,5% rispetto al risultato anno 2017. L'acquisto ospedaliero, rispetto all'obiettivo assegnato, risulta più alto, le motivazioni sono da riferirsi prevalentemente ad incremento della DPC, secondo l'intesa regionale, un aumento dei trattamenti per le malattie rare, e al nuovo farmaco per la SLA, per le vaccinazioni pediatriche, per l'utilizzo di farmaci ad elevato costo in diverse aree cliniche.

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

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Spesa farmaceutica convenzionata netta 2018 - variazione rispetto al 2017	Specifico flusso di riferimento	% <=		-1,50%	-4,08%	-3,15%		100,00%
Acquisto ospedaliero di farmaci 2018 - variazione rispetto al 2017 (Per Provincia)	Specifico flusso di riferimento	% >=		8,00%	10,20%			100,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.2	<u>Governo della spesa farmaceutica</u>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica			 95%
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Contenere il consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore non superiore a 48 DDD ogni 1.000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria. Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO.</p> <p>Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni o dei trattamenti per le nuove terapie monoclonali.</p> <p>Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2.</p>		<p>Nel 2018 il consumo di PPI è stato pari a 55,25 DDD/1000 assistiti pesati die.</p> <p>A fine giugno la Commissione del Farmaco di AVEN ha coinvolto i pneumologi di ogni singola azienda per promuovere l'uso appropriato dei farmaci respiratori per il trattamento della BPCO. Nel secondo semestre si sono incontrati gli specialisti della provincia in merito all'appropriatezza prescrittiva di tali farmaci.</p> <p>La verifica relativa alle terapie con farmaci monoclonali per i 12 pazienti prescritti dai due centri autorizzati di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha evidenziato l'appropriatezza delle prescrizioni.</p> <p>Prosegue il coinvolgimento dei prescrittori tramite informazioni/incontri rispetto all'adesione al documento regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.2	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica								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		
DDD per farmaci inibitori della pompa protonica(<= 48 DDD *1000 ab die)	Flusso SivER	Numero <=		48,00		55,25		85,00%		
Prescrizione di ciascun farmaco (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) in presenza di piano terapeutico previsto a livello RER	Flusso SivER	Sì/No		Sì						
Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 173 (provincia)	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.3	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci NAO								50%
Descrizione			Rendicontazione							
Farmaci anticoagulanti orali (NAO). La prescrizione dovrà avvenire considerando, anche il rapporto costo/opportunità			L'incidenza nel 2018 dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch) è stata pari a 4,46 pazienti su 1000 residenti							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Adesione alle raccomandazioni RER (contenimento della spesa)	Flusso SivER	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%		
Incidenza num dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) su 1000 residenti (+/- 0,5%) (provincia)	Flusso SivER	Numero <=		2,20	1,95	4,46		0,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.4	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci								100%
Descrizione			Rendicontazione							
<p>Il farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.</p>			<p>Tutti i piani terapeutici di Entresto (sacubitril + valsartan) redatti dai centri prescrittori autorizzati della provincia di Parma riportano il codice identificativo Aifa.</p>							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA		Flusso SivER	Si/No		Si	Si	Si		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici								97%
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.5	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Antibiotici			 97%				
<p>contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche</p>			<p>Il consumo di antimicrobici per uso sistemico (J01) nel 2018 è stato pari a 16,76 DDD/1000 abitanti residenti pesati die. A livello territoriale il consumo di fluorochinoloni nel 2018 ricavato dalle prescrizioni rilasciate a donne di età compresa tra i 20 e i 59 anni è stato di 1,42 DDD/1000 assistite pesate die. A livello di Presidio Ospedaliero Aziendale il consumo dei fluorochinoloni in DDD vs lo stesso periodo dell' anno precedente è in leggera diminuzione(- 2%)</p>						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1000 residenti		InSider	Numero <=		16,00	20,50	16,76		95,00%
Consumo giornaliero di fluorochinonoli in donne di età 20-59 anni		Flusso SivER	Numero <=		1,40	2,08	1,42		99,00%

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 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
<p>adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.</p>			<p>Diffusione dei documenti regionali Grefo pubblicati con l'aggiornamento del prontuario regionale. Continua il percorso di collaborazione dei nostri oncologi con gli oncologi di A.O.U. , nonostante i problemi legati al sistema informativo, per inserire informazioni cliniche dettagliate nell'applicativo Log 80 al fine di alimentare il DB oncologico, secondo quanto disposto dalla Regione .</p>						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.6	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci oncologici								100%
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 raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; la scelta del trattamento dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità	Flusso SivER	Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.7	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari								72%
Descrizione	Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso. (DGR 919/18 pag.60 di 106)		Rendicontazione							
			La gara Intercent-ER per i farmaci biosimilari è stata espletata ad agosto ed i contratti sono stati firmati a metà ottobre, pertanto per i biosimilari nuovi è stato possibile utilizzarli solo nell'ultima parte dell'anno. La prescrizione dell'ormone della crescita anno 2018 è avvenuta nel rispetto dei risultati di gara in accordo quadro, in particolare : per i casi incidenti seguiti dal centro di AOU di Parma ha riguardato il 88% del fabbisogno, per i prevalenti è stato del 80%. L'adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, per le EPOETINE ha raggiunto il 71,35 % del consumo complessivo. Per INFLIXIMAB biosimilare : in endoscopia digestiva Ausl (ospedale Fidenza) l' impiego ha raggiunto la 73,50 % sul totale; per il Centro di AOU il 50% , valutato sui residenti .Per ETANERCEPT il numero dei nuovi pazienti del 2018 in trattamento in carico ai centri prescrittori AOU Pr è 34 ; di questi 2 sono in terapia con l'originator.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.7	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Biosimilari							 72%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Epoetine (consumo biosimilare epoetine-provincia)	Flusso SivER	% >=		90,00%	70,44%	71,35%		79,00%		
Ormone della crescita prescrizione farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara per la % del fabbisogno al termine della validità della stessa	Flusso SivER	% >=		80,00%	80,00%	80,00%		100,00%		
Anti TNF alfa - Biosimilare infliximab prescrizione nel rispetto dei risultati della gara	Flusso SivER	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Anti TNF alfa - consumo biosimilare etanercept	Flusso SivER	% >=		60,00%	0,00%	21,29%		35,00%		
Follitropina (la %del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso)	Flusso SivER	% >=		60,00%		11,17%		19,00%		
Rituximab endovena- prescrizione nel rispetto dei risultati della gara	Flusso SivER	Sì/No		Sì		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 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Insuline basali							 100%	
Descrizione	Rendicontazione									
Aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio. L'impiego delle insuline meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci. (provincia) (DGR 919/18 pag.60 di 106)	L'impiego delle insuline basali meno costose è pari all' 79,49 dei consumi complessivi con tali farmaci (9 mesi da flusso Siver)									
Obiettivi Performance	Riferimento Normativo									

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	5.4.2.9	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmaci per epatite C cronica								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità			La prescrizione dei farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C è avvenuta secondo i criteri pubblicati negli aggiornamenti del prontuario. Vista la diminuzione del costo dei farmaci, la spesa complessiva al lordo di tutti i rimborsi ha registrato una riduzione del 21,08 % verso l'anno precedente, anche se la differenza di finanziamento incrementale è stata di € 1.557.717							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
la strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale.	Flusso SivER	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.4.2.11	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Malattie rare							
Descrizione			Rendicontazione						
Partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/ erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali									
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione al monitoraggio dell'impiego di farmaci per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente.	Flusso SivER		Sì/No		Sì				
Adesione agli esiti delle gare regionali sui farmaci	Flusso SivER		Sì/No		Sì				

Settore obiettivi DGR	2.15.3	Rimodulazione canali distributivi-Intesa distribuzione per conto	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria						
Obiettivo	5.4.2.12	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto									100%
Descrizione			Rendicontazione								
L'intesa sulla distribuzione per conto (DGR327/2017), prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, DPC, distribuzione diretta.			Il numero di pezzi di farmaci erogati in DPC ha registrato nel 2018 un incremento del 15,70% rispetto allo stesso periodo del 2017. Rispetto al numero confezioni che dalla diretta sono passati in convenzionata è stato raggiunto l'obiettivo inserito nell'accordo.								
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata , dalla presa in carico alla DPC e alla Convenzionata	Specifico flusso di riferimento		Si/No		Si	Si	Si		100,00%		

Settore obiettivi DGR	2.15.4	<u>Adozione di strumenti di governo clinico</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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	5.4.2.13	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Adozione di strumenti di governo clinico			 100%				
Descrizione			Rendicontazione						
Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori (DGR 919/18 pag.62 di 106)			Proseguono le attività di sensibilizzazione rivolte ai prescrittori , nelle diverse aree cliniche, affinché provvedano alla compilazione dei registri AIFA , con particolare riguardo alla compilazione dei follow-up e alla chiusura delle schede.						
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
PTR disponibili in SOLE per farmaci antivirali per l'epatite C: compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Compilazione registri monitoraggio piattaforma AIFA, anche farmaci innovativi , inserimento dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (trattamenti chiusi)		Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	95,00%		100,00%
Compilazione data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

Settore obiettivi DGR	2.15.5	Attività di informazione scientifica nell'ambito del SSR	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale			
					100%
Descrizione			Rendicontazione		
<p>Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n.2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende Sanitarie hanno provveduto alla trasmissione e diffusione della delibera regionale ed emanato delle proprie regolamentazioni. Gli avanzamenti degli indirizzi regionali sull'informazione scientifica prevedono l'applicazione dei principi di trasparenza e di tracciabilità anche alle altre figure professionali per il settore del farmaco, diverse dagli informatori, che accedono alle strutture del SSR, al settore dei dispositivi medici e in generale a qualsiasi ulteriore tipo di informazione scientifica nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie quindi dovranno aggiornare le disposizioni già emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia condivisi con le associazioni di categoria, nonché mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione.</p>			<p>Per il Dipartimento Farmaceutico, solo per i farmacisti dell' Ausl sono stati raccolti mensilmente i moduli compilati dopo ogni visita/ incontri con i referenti ditte farmaco e dispositivi medici.</p>		
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo	5.4.2.14	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale							 100%	
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adozione strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica.		Rilevazione aziendale	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Settore obiettivi DGR	2.15.6	Farmacovigilanza							
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018				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	5.4.2.15	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Farmacovigilanza							
Descrizione				Rendicontazione					
Promuovere la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigilFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.				Sul totale delle ADR aziendali il 71 % è stato inserito nella piattaforma web " VgiFarmaco", registrando un incremento rispetto al valore percentuale di quelle inserite nel 2017. E' stato realizzato nel II semestre un evento formativo di farmacovigilanza per gli specialisti di AOU.					
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico			Riferimento Normativo				
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Nr. totale delle segnalazioni aziendali (rispetto al 2017)		rete nazionale farmacovigilanza	% >=			79,50%	71,00%		

Settore obiettivi DGR	2.15.7	Dispositivi medici	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
75%			

Obiettivo	5.4.2.16	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Dispositivi medici						
Descrizione		Rendicontazione						
Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, nel biennio 2017-2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici. Al fine di coinvolgere progressivamente tutti i professionisti interessati permettendo loro di rispondere all'obbligo di frequenza il corso potrà essere articolato in più edizioni e nel biennio 2017-2018 dovrà aver concluso il corso almeno il 50% degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici.		Al fine di coinvolgere il numero maggiore di operatori sanitari di tutte le strutture sanitarie Ausl, anche allo scopo di ridurre inevitabili spostamenti di sedi, è stata avviata la prima edizione del corso FAD interaziendale, a partire dal 5 dicembre 2018, dal titolo " La vigilanza sull'utilizzo dei dispositivi medici"						
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Nr. eventi formativi obbligatori (residenziali o distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria	Rilevazione aziendale	Numero >=		1,00		1,00		100,00%
Nr. operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Nr.totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici	Rilevazione aziendale	% >=		50,00%		25,00%		50,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.16	<u>Acquisto SSN dei dispositivi medici</u>	 100%
-------------------------------	-------------	---	---

Settore obiettivi DGR	2.16	<u>Acquisto SSN dei dispositivi medici</u>	 100%
------------------------------	-------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	5.4.2.17	DGR 919 - Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica - Acquisto SSN dei dispositivi medici	 100%
------------------	-----------------	--	---

Descrizione	Rendicontazione
Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).	Relativamente ai dispositivi per assistenza protesica ed integrativa sul territorio, non sussistono criticità per quanto riguarda la completezza del flusso Di.Me. Relativamente ai diagnostici in vitro (IVD), numerose referenze sono tuttora escluse dal flusso Di.Me. in quanto non ancora registrate nella banca dati nazionale DM. I valori degli indicatori non sono al momento disponibili

Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico		Flusso Di.Me.	% >=		95,00%	0,00%	96,10%		100,00%
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico		Flusso Di.Me.	% >=		25,00%	0,00%	25,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	2.17	<u>Attuazione della LR n. 2/2016</u>	 100%
Settore obiettivi DGR	2.17	<u>Attuazione della LR n. 2/2016</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

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

Sub-area obiettivi DGR	2.18	Iniziative di Health Literacy	 50%
-------------------------------	-------------	--------------------------------------	--

Settore obiettivi DGR	2.18	Iniziative di Health Literacy	 50%
------------------------------	-------------	--------------------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	7.5.3.1	Iniziative di Health Literacy	 50%
------------------	----------------	--------------------------------------	--

Descrizione		Rendicontazione							
Proseguire lo sviluppo di attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi in modo da produrre/rivedere materiale informativo con il contributo di pazienti e familiari ; favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie		E' stato ricostituito un Gruppo di lavoro interaziendale per la realizzazione dell'evento formativo nell'anno, che è stato progettato, pubblicizzato ma non si è tenuto per mancanza di iscritti. Alle attività del Gruppo interaziendale si sono affiancate quelle del Gruppo di lavoro aziendale , la cui operatività risale alla progettualità precedente, che ha ampiamente realizzato il secondo obiettivo (opuscolo) della progettualità regionale. Il raccordo con il livello regionale è stato ricostituito, con la partecipazione operativa al Tavolo regionale.							
Obiettivi Performance		Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Realizzare almeno un intervento formativo a livello aziendale	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		No		0,00%	
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Area obiettivi DGR	3	<u>Assistenza Ospedaliera</u>	 82%
Sub-area obiettivi DGR	3.1	<u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	 98%
Settore obiettivi DGR	3.1	<u>Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero</u>	 98%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

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

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

Sub-area obiettivi DGR	3.2	<u>Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero</u>	 95%
-------------------------------	------------	--	--

Settore obiettivi DGR	3.2.1	<u>Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto</u>	 83%
------------------------------	--------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

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

Obiettivo	2.1.2.1	DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto	 83%
------------------	----------------	---	--

Descrizione		Rendicontazione	
<p>In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatazza</p>		<p>Anche nel primo semestre 2018 si è perseguito l'obiettivo di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso azioni mirate, sia in area medica che in area chirurgica. In particolare, sono stati attivati incontri periodici tra medici ospedalieri e MMG mirata alla gestione appropriata dei pazienti con patologie croniche internistiche ed è proseguita l'azione di spostamento di setting di patologie di tipo chirurgico verso l'ambito ambulatoriale. Il dato provvisorio (primi 9 mesi) da banca dati SISEPS relativo ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza è complessivamente pari al 0,23%, in linea con il risultato atteso. Il dato riferito all'appropriatezza dei DRG nei primi 9 mesi 2018 è pari a 0,16 a Fidenza e 0,28 a Borgotaro. Per quanto riguarda l'obiettivo riduzione del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429- Disturbi organici e ritardo mentale sono stati attivati incontri periodici tra Medici Ospedalieri e MMG, registrando su Parma e provincia una diminuzione del tasso che passa da 36 nel 2016 a 35 nel 2018 . Relativamente all'obiettivo di riduzione del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi al DRG 088 - malattia cronica ostruttiva , sono stati attivati incontri periodici tra Medici Ospedalieri e MMG osservando un trend locale su Parma e provincia in netto miglioramento registrando un tasso che passa da 111 nel 2016 a 69 nel 2018 .</p>	

Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo
------------------------------	--------------	---	------------------------------

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.1.2.1	DGR 919/18 - Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero -Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto								83%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
DRG potenzialmente inappropriati/appropriati.	Griglia LEA	% <=		0,19%		0,23%		79,00%		
Nr. Ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatazza relativi ai DGR chirurgici riduzione per ciascun DRG (rispetto al 2017)	Specifico flusso di riferimento	% >=		25,00%		50,00%		100,00%		
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		27,10		35,00		71,00%		
Nr. Ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		59,10		69,00		83,00%		

Settore obiettivi DGR	3.2.2	Reti di rilievo regionale	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
96%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	2.2.5.6	DGR 919/18 - Rete per la Terapia del dolore			
		92%			
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore" Con deliberazione della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011 sono stati adottati i primi provvedimenti d'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, approvando linee guida per la funzione della terapia del dolore nella regione Emilia-Romagna e dando mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010 La Struttura è stata rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 e ha il compito di coordinare la promozione e lo sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, monitorare lo sviluppo della funzione di terapia del dolore, verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", elaborare eventuali proposte di adeguamento della programmazione regionale in materia. (DGR 919/18 pag. 69 di 106)</p>		<p>Viene garantita una rilevazione almeno giornaliera del dolore in tutti i ricoveri ordinari. Il dato costituisce campo obbligatorio nella compilazione della SDO ed è oggetto di controllo di qualità della documentazione; il dato semestrale non è ancora disponibile. La rilevazione annuale derivata dallo specifico campo SDO ha evidenziato la presenza di almeno una rilevazione del dolore in una percentuale pari all'84,12% a Fidenza e 90% a Borgotaro.</p>			
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	2.2.5.6	DGR 919/18 - Rete per la Terapia del dolore								92%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero.		nuova SDO campo B025	% >=		95,00%		87,00%		92,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	4.1.2.4	DGR 919/18 - Rete delle cure palliative pediatriche								100%
Descrizione			Rendicontazione							
<p>La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna", stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico.</p>			<p>Si è assolto al debito informativo con la Regione che nell'Ottobre 2018 ha fatto richiesta di procedere ad un'ulteriore indagine epidemiologica sui minori eligibili per CPP con nuova checklist comprensiva di nuova scheda di valutazione clinico funzionale definita dal gruppo di coordinamento regionale "scala accaped". La metodologia di rilevazione dei dati ha previsto sia incontri con intervista diretta dei professionisti nei Distretti (NPIA, Medina Riabilitativa, PLS, SID, specialisti di AOU) che interviste telefoniche. La DASS ha quindi provveduto alla elaborazione e caricamento dati corredati di redazione di report che è stato inviato dalla Direzione Sanitaria alla RER entro i tempi stabiliti. Nel Collegio di Direzione del 6 Novembre 2018 si è provveduto a condividere l'esito dell'indagine epidemiologica con focus sui minori affetti da gravissima pluridabilità, in dipendenza vitale da presidi medici invasivi e non, eligibili per accertamento da parte delle Commissioni distrettuali ai sensi della DGR 840/08.</p> <p>Dall'Aprile 2018, su segnalazione dei professionisti di AOU, dei Servizi Sociali, dei DCP, del DAISM DP, delle Direzioni di Distretto, per tutti i nuovi casi ad alta complessità sanitaria e/o sociale (100%) si è svolta la funzione sperimentale di PUA promuovendo incontri dell'équipe integrata polispecialistica multiprofessionale AUSL-AOU per redazione congiunta del PAI, organizzazione di dimissioni protette, accompagnamento nel passaggio ai Servizi sociosanitari distrettuali per garantire la continuità assistenziale.</p>							
Obiettivi Performance	1.2.2	Integrazione socio sanitaria	Riferimento Normativo	DGR 1770/2016						

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.2	Area dell'integrazione					
Obiettivo	4.1.2.4	DGR 919/18 - Rete delle cure palliative pediatriche								100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
		Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il I sem. 2018	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì	100,00%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.1	Area dell'Accesso e della Domanda di Prestazioni					
Obiettivo	2.2.5.7	DGR 919/18 - Rete per le patologie tempo-dipendenti								97%
Descrizione			Rendicontazione							
Garantire il rispetto degli indicatori di volume e esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. (DGR 919/18 pag. 70 di 106)			E' stato costituito specifico gruppo di lavoro per l'aggiornamento del PDTA stroke. I dati dei primi 9 mesi evidenziano un valore del 100% dei casi di stroke con centralizzazione primaria. Il valore % dei transiti in stroke unit è stato pari al 99% . La % di trombolisi E.V è stata pari all'11%. Si evidenzia una corretta gestione del percorso sullo stroke.							
Obiettivi Performance	1.1.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* (esclusa la parte farmaceutica)		Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
		% di casi di stroke con centralizzazione primaria	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		100,00%	100,00%	
		% transiti in stroke unit	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		99,00%	100,00%	
		% trombolisi e.v.	specifico flusso di riferimento	% >=		12,00%		11,00%	92,00%	

Settore obiettivi DGR	3.2.3	Emergenza Ospedaliera	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
99%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione			
Obiettivo	2.2.5.5	DGR 919/18 - Emergenza Ospedaliera - Dipartimento Chirurgico						
Descrizione			Rendicontazione					
<p>Applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di flusso nei PS (DGR 1827/17). Migliorare la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico organizzative con particolare riferimento alla gestione patologie rilevanti. Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi che consentano la presa in carico di pazienti con condizioni di fragilità sanitaria o sociale (DGR 919/18 pag.71 di 106)</p>			<p>Il NEDOCS è stato testato nel mese di ottobre; si resta in attesa dell'inserimento informatico definitivo nel programma di Pronto Soccorso. Il piano per l'iperafflusso è stato aggiornato ed applicato. Il tempo di permanenza in PS è inferiore a 6 ore in oltre il 90% dei casi. Sono stati attivati percorsi per pazienti fragili (BPCO e Scopenso cardiaco) con i MMG. Per quanto riguarda la rete STEN provinciale, si resta in attesa di attivazione del percorso deliberato, da parte di AOSP di Parma.</p>					
Obiettivi Performance	2.1.1	Riordino dell'assistenza Ospedaliera	Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Applicazione piani per l'iperflusso per ciascun PS.	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
Tempo di permanenza in PS (mediana 2017 per stabilimento)	Specifico flusso di riferimento	Numero <=		145,00		148,00		98,00%
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		2,00		100,00%
Assetto reti STEN come da DGR 1603/13	Specifico flusso di riferimento	Data <=			31/12/2018			

Settore obiettivi DGR	3.2.4	Centrali Operative e 118	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
Obiettivo	5.3.3.1	DGR 919 - Centrali Operative e 118							
Descrizione			Rendicontazione						
Promuovere iniziative formative volte alla omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/16. Incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario			Definizione delle attribuzioni di responsabilità nella gestione dei DAE che, al momento, è in capo all'Azienda OU di Parma. Anche le verifiche sul campo rientrano nell'accordo con AOU e pertanto tale riscontro non è risultato applicabile						
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di verifiche sul campo dei corsi BLSD erogati da soggetti accreditati		Specifico flusso di riferimento	% >=		5,00%				
% defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	3.2.6	<u>Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione
Obiettivo	2.2.5.10	DGR 919/18 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	 100%		
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti. Invio al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna (CRT-ER), in occasione dei consueti incontri bilaterali che si terranno tra lo stesso e le aziende sanitarie entro i primi due mesi dell'anno successivo, di una relazione firmata dal Coordinatore Locale e dalla Direzione Sanitaria, sull'attività relativa al procurement svolta durante l'anno e il monitoraggio del percorso "neuroleso" (numero dei pazienti che attraverso il percorso "neuroleso" sono stati individuati extra Terapia Intensiva, ricoverati in Rianimazione e avviati all'osservazione di morte encefalica). - Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)</p>		<p>Il Presidio ospedaliero aziendale ha proseguito nell'anno 2018 il percorso di sostegno alla donazione, secondo le modalità previste dal Centro Regionale Trapianti.</p>			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	2.2.5.10	DGR 919/18 - Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule							 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		
Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'ufficio locale di coordinamento alla donazione da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Numero di donazioni di cornee da prelevare nell'anno 2018 rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		27,00		30,00		100,00%		

Settore obiettivi DGR	3.2.7	<u>Volumi-esiti</u>	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
		90%	

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esiti
Obiettivo	2.2.5.8	DGR 919/18 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico			
					90%
Descrizione			Rendicontazione		
<p>In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera previsti dalla DGR 2040/2015, sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private avviando in conformità alla DGR 2329/16, programmi di progressiva adesione agli std qualitativi individuati dal DM 70/15 e dalla DGR 2040/15</p>			<p>Nel primo semestre, il n° di colecistectomie è pari a 101 a Fidenza (di cui 96 eseguite per via laparoscopica) e 36 a Borgotaro (tutte eseguite per via laparoscopica); il n° di interventi per frattura di femore è pari a 75 a Fidenza e 21 a Borgotaro. La percentuale dei pazienti operati entro 48 ore esprime un valore pari al 68% a Fidenza e al 95% a Borgotaro. Il flusso regionale SISEPS, che applica un razionale predefinito, esprime un valore pari al 61.1% a Fidenza ed al 66,7% a Borgotaro. I dati consuntivi dell'anno 2018 hanno evidenziato alcune criticità sia sul tempo di dimissione di pazienti dopo colecistectomia laparoscopica, sia sulla percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore. E' in corso una verifica sui dati al fine di valutare i fattori ostativi e consentire un miglioramento della performance. Occorre però evidenziare che le due strutture ospedaliere Fidenza e Borgotaro sono integrate in un unico dipartimento chirurgico e pertanto i pazienti più complessi vengono operati presso l'ospedale di Fidenza in quanto la struttura è in grado garantire attività di terapia intensiva post-operatoria. Negli ospedali è attivato un gruppo multidisciplinare per la valutazione preoperatoria dei pazienti oncologici, non è disponibile un flusso di riferimento per l'estrapolazione del dato.</p>		
Obiettivi Performance	1.3.1	Esiti	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	1	Performance dell'utente	Area Performance	1.3	Area degli Esisti					
Obiettivo	2.2.5.8	DGR 919/18 - Volumi-esiti - Dipartimento Chirurgico								 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		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Fidenza/anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		207,00		100,00%		
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Ospedale di Borgotaro/anno	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		68,00		68,00%		
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3gg.	specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		73,13%		98,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale di Fidenza	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		146,00		100,00%		
Nr. minimo interventi chirurgici per frattura di femore per Ospedale Santa Maria di Borgotaro	specifico flusso di riferimento	Numero >=		75,00		56,00		75,00%		
Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore - Rilevazione provinciale	specifico flusso di riferimento	Numero >=		70,00		65,09		93,00%		
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	specifico flusso di riferimento	Numero >=		100,00		100,00		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	3.3	Screening oftalmologico neonatale	 100%
Settore obiettivi DGR	3.3	Screening oftalmologico neonatale	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	2.2.5.9	DGR 919/18 - Screening oftalmologico neonatale							 100%
Descrizione			Rendicontazione						
Attivazione entro l'anno 2018 in tutti i punti nascita dello screening oftalmologico neonatale . (DGR 919/18 pag. 75 di 106)			Il percorso dello screening oftalmologico è attivo presso il punto nascita di Fidenza (100% dei punti nascita); è in corso anche una collaborazione con la Clinica oculistica di AOSP per la presa in carico diretta dei neonati con anomalia del riflesso allo screening.						
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% di Punti Nascita in cui è stato attivato lo screening entro il 2018		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.4	Sicurezza delle cure	 97%
Settore obiettivi DGR	3.4	Sicurezza delle cure	 97%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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	6.3.2.1	DGR 919 - Sicurezza delle cure			 93%
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Applicazione adempimenti previsti dalla L. 24/17 e degli std. qualitativi ospedalieri previsti dal DM 70/15-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/17 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. - Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019 - Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza azioni di miglioramento su UU.OO. non segnalanti nel 2017:Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017 -Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria 		<p>Nell'attesa di ulteriori decreti applicativi a completamento del corredo previsto dalla L.24 sono stati messi in atto i provvedimenti immediatamente realizzabili in merito alle risposte ai cittadini ed alla pubblicazione di dati. La relazione di cui all'art.4 della norma è stata pubblicata sul sito dell'azienda secondo le istruzioni ricevute dall'assessorato regionale alla salute, il 31 marzo 2018. Report PPSCelaborato ed inviato in Assessorato. Continua, con risultati positivi in termini di diffusione dell'utilizzo, la campagna di comunicazione sulla necessità di segnalazione tramite il sistema di IR.</p> <p>Per quanto compreso nel nostro case-mix, gli interventi AHRQ4 vengono indicati in SDO. E' in fase di miglioramento, a seguito del riscontro di errori nella estrazione del flusso, l'assolvimento del debito informativo sulla copertura degli interventi AHRQ4 con SSCL. L'azienda fornitrice del software ha predisposto un sistema di rilettura attraverso il quale utilizzare il IV e V invio del 2018 (a fine aprile) per poter completare soddisfacentemente il quadro delle rilevazioni.</p>			
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.2.1	DGR 919 - Sicurezza delle cure							 93%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/17 per incidenti verificatisi	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
PPSC:Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Incident Reporting:Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	specifico flusso di riferimento	Numero >=			3,00		6,00	100,00%		
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria - copertura SDO su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=			90,00%		77,31%	86,00%		
Assolvimento debito informativo previsto da circolare 18/2016, effettuazione check list di sala operatoria-linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	specifico flusso di riferimento	% >=			75,00%		60,00%	80,00%		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.2.2	DGR 919 - Sicurezza delle cure			 100%
<p>I dati disponibili dalle segnalazioni e provenienti da altre fonti informative confermano che un altro ambito meritevole di particolare attenzione è quello relativo alla sicurezza in chirurgia, rispetto al quale è necessario attuare le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali e continuare ad effettuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare).</p> <p>Bisognerà inoltre garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente e del foglio unico di terapia (FUT). Un requisito previsto dal sopracitato decreto è anche quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit). Il coinvolgimento dei cittadini dovrà essere favorito attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day. Occorre inoltre continuare l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.</p>			<p>Il progetto OSSERVARE è stato completato per il II anno consecutivo. Rinnovato ed ampliato il gruppo di osservatori. Completato il progetto di applicazione del braccialetto identificativo in tutte le UO di degenza. FUT utilizzato in tutte le UO. Ripetute sedute di SEA per gli eventi più significativi dal punto di vista delle dinamiche di realizzazione del percorso dell'evento avverso o del quasi evento. In fase di predisposizione le iniziative previste per l'Open Day Safety programmato per il prossimo settembre. Linee regionali di indirizzo per prevenzione e gestione cadute implementate con totale partecipazione degli operatori richiesti dal progetto agli audit previsti al corso FAD.</p>		
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo		DGR 919 - Sicurezza delle cure								 100%
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento		specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	
Adozione braccialetto identificativo (% di copertura sulle UU.OO. di degenza di degenza)		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%	
Evidenza di effettuazione di significant eventaudit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia (%casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici -materni)		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Effettuazione visite per la sicurezza(Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del foglio unico di terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica(almeno 1 UU.OO.)		specifico flusso di riferimento	Numero >=		1,00		1,00		100,00%	
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD(% di partecipazione degli operatori sanitari delle suddette aree)		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		100,00%		100,00%	

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

Settore obiettivi DGR	3.5	<u>Accreditamento</u>	 100%
------------------------------	------------	------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	6.2.2.1	DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	 100%
Descrizione		Rendicontazione	

Obiettivo	6.2.2.1	DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento							 100%	
<p>Le aziende dovranno presentare domanda di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943/17. Il contenuto dell'allegato della delibera sostituisce integralmente i requisiti dell'allegato n. della DGR 327/04. Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento DGR 1943/1, misurando il grado di adesione nei processi direzionali agli stessi requisiti. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie</p>		<p>Il primo semestre 2018 ha visto l'Ufficio Qualità impegnato nella preparazione documentale (1° livello - valutazione documentale), a tal riguardo la Direzione Aziendale ha definito un gruppo di coordinamento il cui obiettivo è stato quello di validare il Manuale Qualità Aziendale, documento cogente da includere nella domanda di accreditamento e rinnovo. Il Team di lavoro era rappresentato da figure professionali che, per ruoli aziendali svolti e per competenze specifiche, risultavano adeguatamente rappresentativi delle tematiche oggetto di argomentazione nel corso della visita di accreditamento regionale. Sono stati pianificati per 4 settimane una serie di incontri nei quali il Team, ha affrontato due criteri per sessione, in ognuno di questi è stata effettuata una riflessione accurata al fine di validare e aggiornare i contenuti del manuale. Sono previsti, a partire da settembre p.v., una serie di audit interni sul sistema qualità necessari a valutare l'applicazione del sistema a livello direzionale e, come questo permea ai vari livelli aziendali. La predisposizione della domanda di accreditamento/rinnovo ha riguardato le seguenti Strutture aziendali: 1) Ospedale di Fidenza; 2) Ospedale S.Maria di Borgo Val di Taro; 3) Hospice "La Valle del Sole"; 4) DAISM-DP; 5) DSP; 6) Hospice "P.Coruzzi" di Langhirano, 7) DCP; 8) Rete Locale Cure Palliative. L'Azienda ha garantito la partecipazione dei valutatori sia alle iniziative di formazione che alle visite di verifica. a partire dal secondo semestre del 2018, sono stati pianificati una serie di audit interni rivolti alla Direzione e alle Articolazioni aziendali, al fine di verificare l'applicazione del sistema qualità e come questo permea dalla Direzione ai livelli sottostanti.</p>								
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale			Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore			Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31/07/2018)	Specifico flusso di riferimento			% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/17 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	Specifico flusso di riferimento			% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	Specifico flusso di riferimento			Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati	Specifico flusso di riferimento			% >=		70,00%	80,00%			100,00%

Sub-area obiettivi DGR	3.6	<u>Lesioni da pressione</u>	 0%
-------------------------------	------------	------------------------------------	---

Settore obiettivi DGR	3.6	<u>Lesioni da pressione</u>	 0%
------------------------------	------------	------------------------------------	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	6.3.2.3	DGR 919 - Lesioni da pressione	 0%
------------------	----------------	---------------------------------------	---

Descrizione	Rendicontazione
<p>Le aziende sono tenute ad aggiornare le loro procedure pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo. Le lesioni da pressione rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero che territoriale, con forti implicazioni sulla salute, sociali ed economiche. L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione. Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, abbiamo completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione. Le Aziende sanitarie sono tenute ad aggiornare la loro procedure e pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo. Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali).</p>	<p>Le articolazioni aziendali hanno ricevuto nel corso dell'ultimo mese 2018 il documento "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" pubblicato sul BUR il 15 novembre 2018 e stanno iniziando la fase di traduzione dei contenuti e dei riferimenti delle buone pratiche in indicazioni e raccomandazioni adeguate alle specifiche caratteristiche dei vari setting assistenziali; la bozza operativa per la realizzazione del sistema di segnalazione e dei conseguenti audit prevede la individuazione delle UUOO alle quali proporre la realizzazione degli audit: al momento sono state individuate come candidabili 1 unità operativa territoriale tramite il servizio di Assistenza Domiciliare, 1 UO di assistenza in Ospedale di Comunità e 2 UU.OO. ospedaliere, una di area medica ed una di area chirurgica. In attesa di conoscere nel dettaglio la strategia contenuta dall'atto regionale si è esplorato l'attuale quadro aziendale di lavoro per poterlo, successivamente, adattare e far corrispondere alle indicazioni regionali.</p>

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.2.3	DGR 919 - Lesioni da pressione								0%
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		0,00%		0,00%		
Num. di UU.OO. di area medica presso le quali è stato Realizzato un audit clinico-assistenziale (di processo)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		4,00		0,00		0,00%		
Num. di UU.OO. in ambito chirurgico presso le quali è stato Realizzato un audit clinico-assistenziale (di processo)	specifico flusso di riferimento	Numero >=		2,00		0,00		0,00%		

Area obiettivi DGR	4	<u>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</u>	 91%
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 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 919 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	 100%		
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).</p> <p>Le aziende sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.</p> <p>Adesione secondo calendario alla gara per il servizio di tesoreria regionale e avvio di SIOPE+</p>		<p>L'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale e la performance è stata ottima, essendosi attestata mediamente a -18 giorni. Il debito informativo regionale è stato regolarmente adempiuto e Siope+ è stato adottato nella tempistica richiesta a livello centrale.</p>			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.1.2.1	DGR 919 - Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR								100%
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Indice di tempestività dei pagamenti	Specifico flusso di riferimento		Numero <=		0,00	-18,00	-18,12		100,00%	
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	
Avvio SIOPE+	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%	

Settore obiettivi DGR	4.1.2	Il miglioramento del sistema informativo contabile	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
		100%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.2	DGR 919 - Il miglioramento del sistema informativo contabile						100%	
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario). Assicurare, nel corso del 2018, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali .</p> <p>Garantire l'alimentazione della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra RER e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi.</p>			<p>Lo schema del Bilancio di Previsione è stato correttamente redatto e non vi sono stati rilievi a livello regionale, il bilancio d'esercizio verrà valutato successivamente dalla Regione; le matrici sono state regolarmente alimentate e non si registrano disallineamenti. Infine anche la piattaforma informatica relativa agli ospedali privati è stata correttamente alimentata.</p>						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	Specifico flusso di riferimento		% >=		90,00%		90,00%		100,00%
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.3	Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria				
Obiettivo	7.1.2.3	DGR 919 - Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie							
Descrizione			Rendicontazione						
Le Aziende sanitarie nel corso del 2018 sono tenute a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle linee guida RER; proseguire nel perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili in vista dell'avvio del GAAC; superare criticità emerse dai monitoraggi regionali sullo stato di attuazione del PAC, recepire osservazioni e suggerimenti del Collegio Sindacale; aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. Le aziende sono tenute ad istituire la funzione di Audit Interno come previsto dalla L.R. 29/04.			L'azienda ha ulteriormente perfezionato il proprio sistema di gestione amministrativo contabile; particolare attenzione è stata posta allo sviluppo del percorso di valutazione delle giacenze di beni aziendali presso terzi. La funzione di Internal Auditing è stata costituita su base interaziendale nel 2016 e nel corso del 2018 ha ulteriormente sviluppato il suo profilo identitario, mediante l'adozione del Manuale interaziendale di Internal Auditing.						
Obiettivi Performance	4.1.1	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Istituzione sistema Audit	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%

Settore obiettivi DGR	4.1.4	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
Descrizione			Rendicontazione						
Nel 2018 le aziende dovranno assicurare la collaborazione per l'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, assicurando la partecipazione dei collaboratori al tavolo GAAC ed ai gruppi di lavoro, e l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC			L'azienda ha partecipato, per quanto di competenza, all'attività coordinata a livello regionale di allineamento delle anagrafiche, identificando il proprio referente.						
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
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile							
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	7.3.2.1	DGR 919 - Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile			 100%				
Nel 2018 le aziende dovranno assicurare la collaborazione per l'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC, assicurando la partecipazione dei collaboratori al tavolo GAAC ed ai gruppi di lavoro, e l'attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC			Il Dirigente responsabile del Controllo di Gestione ha partecipato attivamente a tutte le riunioni dei gruppi di lavoro regionali, garantendo il raccordo con la Direzione Aziendale. Nei sottogruppi sono stati coinvolti i collaboratori del Dipartimento Valutazione e Controllo interessati rispetto alle tematiche affrontate, per garantire un più ampio supporto tecnico specialistico in relazione anche alla valutazione di impatto della implementazione del nuovo sistema informativo. E' stata completata l'attivazione dei nuovi Fattori produttivi introdotti dalla Regione. Relativamente al piano dei centri di costo essi sono allineati con il modello utilizzato per l'anno 2017, mentre si resta in attesa del nuovo modello LA 2018, al momento allo studio del tavolo Stato Regioni. Nel momento in cui sarà raggiunto l'accordo l'azienda procederà alle necessarie modifiche. Il tema del raccordo tra i nuovi modelli Ministeriali di competenza e validi dal 2019 (LA e CP) ed i piani dei Fattori Produttivi e Centri di costo regionali è stato affrontato nel secondo semestre dal tavolo GAAC.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.2	<u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	 97%
Settore obiettivi DGR	4.2	<u>Il governo dei processi di acquisto beni e servizi</u>	 97%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 919 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi			 92%
Descrizione		Rendicontazione			
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale		Si è consolidato il processo di integrazione della programmazione regionale con quella delle aree vaste. Con delibera n. 347 del 29/05/2018 è stato approvato l'aggiornamento del masterplan per il periodo 2018/2020 nel quale sono state evidenziate tutte le procedure programmate per l'anno 2018 nei tre livelli di espletamento, aziendale, di area vasta e aziendale. Il dato relativo al secondo indicatore al momento non è disponibile .			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.9.2.1	DGR 919 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi								92%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria	Specifico flusso di riferimento	% >=		82,00%		75,43%		92,00%		
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e gas stipulati nel 2016 tramite Intercenter-ER pari o sup. all'85 dell'importo tot. di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie	Specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.9.2.2	DGR 919 - Sviluppo dell'e-procurement								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Tutti gli strumenti di innovazione delle acquisizioni di beni e servizi previsti dalla legge regionale n. 17/2014 sono stati implementati e il loro utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie è entrato a regime. Su tale fronte occorre ora capitalizzare al massimo le efficienze conseguibili, sfruttando al meglio gli strumenti implementati e coinvolgendo un numero sempre maggiore di imprese.			E' stato notevolmente incrementato l'utilizzo della piattaforma SATER e questo ha comportato l'invito a tutte le ditte non ancora iscritte ad operarsi in tal senso.							
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Utilizzo piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario	Specifico flusso di riferimento	Si/No		Si	Si	Si		100,00%		

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.1	Area economico-finanziaria					
Obiettivo	7.9.2.3	DGR 919 - Dematerializzazione del processo di ciclo passivo								100%
Descrizione			Rendicontazione							
(DGR 919/18 pag. 84 di 106) Anche sul fronte del ciclo passivo nel 2017 si è registrato un deciso incremento del tasso di dematerializzazione grazie al progressivo aumento degli ordini e dei documenti di trasporto inviati e ricevuti dalle Aziende Sanitarie attraverso il nodo regionale NoTI-ER.			La percentuale degli ordini inviati tramite NoTI-er sta notevolmente incrementando in considerazione dell'ampliamento del numero dei fornitori coinvolti. E' stato molto elevato il numero di procedure d'acquisto svolte dal Dipartimento sotto soglia svolte telematicamente tramite il sito regionale SATER.							
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		
Num. Di indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)	Specifico flusso di riferimento	Numero >=		30,00	60,00	138,00		100,00%		
Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015(%contratti di beni e servizi stipulati)	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	Specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%	65,00%	61,30%		100,00%		

Sub-area 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 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	7.6.4.1	DGR 919 - Rispetto Legge 161/2014	 100%
------------------	----------------	--	---

Descrizione		Rendicontazione	
<p>Le Aziende del SSR, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.</p>		<p>L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica con decreto del 8/5/2018 nonché dalla Regione con DGR 1412 del 3/9/2018, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia. Il PTFP è stato trasmesso alla Regione con nota 64113 del 26/9/2018, autorizzato dalla Regione con nota prot. 73298 del 06/11/2018 e definitivamente approvato con delibera n.821 del 27/11/2018 e successivamente inserito in SICO. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo al concorso per infermieri che è stato bandito dall'Azienda USL di Piacenza, al concorso per fisioterapista bandito dall'Azienda USL di Modena e a quello per ostetriche bandito dall'Azienda USL di Reggio Emilia.</p>	
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane	Riferimento Normativo

Obiettivo	7.6.4.1	DGR 919 - Rispetto Legge 161/2014							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Rispetto del Piano di Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'EU, sia in sede di redazione e autorizzazione del piano di assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra RER e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli accordi sottoscritti tra RER e OO.SS.	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	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	Sì		100,00%		
Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 919 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale							 100%	
Descrizione	Rendicontazione									
Nel 2018 le aziende dovranno avviare il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai CCNL e con pieno utilizzo del GRU	L'Azienda ha definito Insieme all'AOU, una bozza di "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del Personale" che definisce il percorso di avvicinamento dei sistemi aziendali al modello attendere condiviso con l'OIV. La scadenza per trasmettere all'OIV - SSR. La scadenza per trasmettere all'OIV-SSR il documento finale è il 15/10/2018									

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.6.4.2	DGR 919 - Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale								100%
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Avvenuta adozione del piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni i tempi previsti dalle indicazioni DG sanità e OIV-SSR		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 919 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche								100%
Descrizione	<p>In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.</p>		Rendicontazione	<p>E' stata garantita la partecipazione al gruppo di lavoro regionale coordinato dalla Direzione regionale</p>						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.6.4.3	DGR 919 - Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche								100%
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei in ambito di politiche del personale. Per quanto riguarda la contrattazione integrativa proseguire nelle linee generali di indirizzo regionali.		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%	

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.								99%
Descrizione			Rendicontazione							

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.			 99%
<p>Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi (anche in relazione alle opportunità fornite dall'art. 16 del D.L. 98/2011 in tema di risorse derivanti dalle economie di gestione prodotte dai processi di riorganizzazione). Resta altresì prioritario, in sede di confronto con le OO.SS., lo svolgimento di un'analisi puntuale riguardo gli istituti a sostegno dello sviluppo e della valorizzazione professionale, nonché sulla possibile ridefinizione del sistema indennitario previsto dall'ipotesi di contratto collettivo del comparto e dagli atti di indirizzo della dirigenza.</p> <p>Prosecuzione delle attività del Tavolo regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.</p>		<p>Il confronto tra l'Azienda e le OOSS si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti i processi di stabilizzazione dei rapporti precari, l'integrazione interaziendale, la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, l'introduzione della nuova procedura di gestione del personale nonché attraverso la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti, quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale. Nel corso del 2018 si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraziendale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Emergenza-urgenza provinciale interaziendale (atto n. 85 del 30/01/2018), le elezioni dei relativi organismi che si sono svolte nella primavera 2018 e nella successiva nomina del Direttore del Dipartimento. E' inoltre continuata la partecipazione, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura aziendale. Le attività previste sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria. L'azienda ha assicurato la partecipazione di un proprio professionista al Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie" in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.</p>			
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo					
Obiettivo	7.6.4.4	DGR 919 - Relazioni con le OO.SS.								99%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Rispetto dei tempi e delle modalità attuative di processi di integrazione interaziendali avviati o in via di conclusione	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Nr. processi completati su processi avviati	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	95,00%		95,00%		
Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		
Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di PS e emergenza territoriale	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%		

Obiettivo	7.6.4.5	DGR 919 - Costi del personale								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti			La Direzione del Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione con la SC Area Giuridica e la SC Area Economica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.							
Obiettivi Performance	4.1.2	Governo delle risorse umane		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Rispetto delle previsioni di bilancio	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	4.4	<u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	 99%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	4.4	<u>Programma regionale della gestione diretta dei sinistri</u>	 99%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	6.3.2.5	DGR 919 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri	 99%
------------------	----------------	--	--

Descrizione		Rendicontazione	
(DGR 919/18 pag.88 di 106) Sviluppo di un progetto aziendale di smaltimento di casi ancora pendenti anteriori all'avvio del programma regionale. Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (presenza della valutazione medico legale, valutazione CSV). Alimentazione del data base "gestione dei sinistri" che costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri		Obiettivi di funzionamento e smaltimento delle pratiche relative ai casi pendenti standardizzato e in fase di completamento. Tempistiche prese in carico rispettate. DB gestione sinistri popolato.	
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	Riferimento Normativo

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo	6.3.2.5	DGR 919 - Programma regionale gestione diretta dei sinistri								 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		
Presentazione entro il 30/06/2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
% sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS entro 31/12	specifico flusso di riferimento	% >=		87,50%		85,00%		97,00%		
Grado di completezza del database regionale(%dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	4.5	<u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>	 100%
Settore obiettivi DGR	4.5	<u>Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza</u>	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		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 919 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 19717/17 (DGR 919/18 pag. 89 di 106)</p>		<p>A fine maggio è stato approvato il nuovo Codice di Comportamento interaziendale AUSL/AOU, nel rispetto dei tempi e delle indicazioni regionali (DGR 96/2018), dopo aver effettuato l'intero percorso di partecipazione previsto dai provvedimenti dell'Autorità nazionale. Avviata attività di diffusione del Codice, sia presso gli organismi di governo aziendale che in specifici incontri con varie unità organizzative. La diffusione capillare sarà attestata da ciascun dirigente di unità organizzativa. Il secondo obiettivo riguarda la raccolta di dichiarazioni (conflitto di interessi, adesioni ad organizzazioni, patrimonio e reddito dirigenti...) mediante l'utilizzo della piattaforma informatica GRU in gestione al Dipartimento Risorse Umane. Come concordato al tavolo regionale competente, la raccolta delle dichiarazioni avverrà nell'autunno. Infatti, nel mese di ottobre è stata avviata l'acquisizione della modulistica da parte di tutti i dipendenti mediante la piattaforma informatica GRU gestita dal Dipartimento Risorse Umane interaziendale. La modulistica, articolata in cinque distinti format, verte sulla tematica del conflitto di interessi e sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni. Per la dirigenza comprende anche le dichiarazioni di patrimonio e reddito previste espressamente dal Codice di Comportamento. Il report conclusivo dell'acquisizione delle dichiarazioni con i moduli previsti evidenzia la partecipazione del 79% del personale.</p>			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.4	Area dell'Anticorruzione e della trasparenza					
Obiettivo	7.1.2.5	DGR 919 - Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza								100%
Obiettivi Performance	2.4.3	Attenzione e sensibilizzazione su Codice di comportamento e conflitti di interesse	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Avvenuta adozione codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate nella DGR 96/18	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
% dichiarazioni per la gestione del conflitto d'interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU)	Specifico flusso di riferimento	% >=		15,00%		79,00%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	4.6	<u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u>	 100%
-------------------------------	------------	---	---

Settore obiettivi DGR	4.6	<u>Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali</u>	 100%
------------------------------	------------	---	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	7.1.2.6	DGR 919 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali			 100%
Descrizione		Rendicontazione			
Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e regionale		L'Azienda ha fatto fronte ai primi adempimenti a seguito della piena entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679, mediante adozione di specifico atto deliberativo, con il quale tra l'altro è stato identificato il DPO, sono state adottate la procedura di data Breach e il registro dei trattamenti, oltre che confermato l'organigramma aziendale. Inoltre in corso d'anno sono state poste in essere ulteriori attività per perfezionare le coordinate operative aziendali. Molto positiva l'interazione a livello di Area Vasta, nell'ambito della quale è stato istituito specifico gruppo di lavoro. Il DPO, inoltre, ha garantito costante presenza al tavolo di coordinamento regionale			
Obiettivi Performance			Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	7.1.2.6	DGR 919 - Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali								 100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt.37-39 del Reg. UE 2016/679) e ridefinizione specifiche responsabilità relative a obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tenuto conto della specifica organizzazione aziendale	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE2016/679)	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	Specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%		100,00%		100,00%		
Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali	Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%		

Sub-area obiettivi DGR	4.7	<u>Disposizione anticipate di volontà di trattamento</u>	 25%
-------------------------------	------------	---	--

Settore obiettivi DGR	4.7	<u>Disposizione anticipate di volontà di trattamento</u>	 25%
------------------------------	------------	---	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

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	6.3.2.6	DGR 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017				 25%
Descrizione			Rendicontazione			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico
Obiettivo	6.3.2.6	DGR 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017			 25%
<p>La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento" prevede che esse siano redatte secondo lo schema dell'atto pubblico, della scrittura privata autenticata, o della scrittura privata consegnata personalmente dal disponente all'ufficiale dello stato civile, presso il proprio Comune di residenza, cui compete l'onere della annotazione in un apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7 del medesimo articolo; Il Comma 7 dell'articolo 4 prevede che qualora la Regione adotti modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possa, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati.</p> <p>Le Aziende sanitarie dovranno garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l'informazione richiesta ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. In particolare, con riferimento alle modalità telematiche di raccolta di copia delle DAT che la Regione adotterà, le Aziende Sanitarie dovranno garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali. In particolare le Aziende dovranno nel corso del 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> -adattare i propri sistemi informatici, al fine di recuperare da ARA (Anagrafe Regionale Assistiti), se presenti, le informazioni sul luogo nel quale la DAT è depositata e le informazioni sui fiduciari; - attivare a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture sanitarie che si interfacciano e interagiscono con le DAT; -promuovere azioni di comunicazione verso i cittadini al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT 		<p>A seguito dell'emanazione della L. 22 dicembre 2017 n.219 avente per oggetto "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT), l'Azienda ha organizzato una serie di incontri su DAT, consenso informato e pianificazione condivisa sulle cure . Si è ancora in attesa di una normativa certa e definitiva sulle modalità di formulazione e di raccolta della documentazione presentata dai pazienti</p> <p>Si è tenuto, a cura della Rete Provinciale Cure Palliative, un primo Convegno per formativo "Quando la scelta è cura", in cui sono state fornite informazioni sull'impatto della Legge 219/2017 sul consenso e sulle DAT nel percorso di cura all'interno della Rete di Cure Palliative." Per quanto riguarda la raccolta delle DAT attraverso sistemi informatici in grado di interfacciarsi con ARA si è in attesa di indicazioni ufficiali sulla disponibilità di sistemi di raccolta e di modalità di funzionamento delle reti .</p>			
Obiettivi Performance	2.2.2	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico** (solo la parte farmaceutica)	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance		Performance dei Processi Interni		Area Performance		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico				
2				2.2						
Obiettivo	6.3.2.6	DGR 919 - Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) - Percorsi di applicazione della Legge n. 219 del 22 dicembre 2017							 25%	
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati		flusso ARA	% >=		90,00%		0,00%			
Numero di partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT.		specifico flusso di riferimento	% >=		50,00%		25,00%		50,00%	
Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		No		0,00%	

Sub-area obiettivi DGR	4.8	<u>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</u>	 92%
Settore obiettivi DGR	4.8	<u>Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti</u>	 92%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	6.1.2.1	DGR 919 - Information Communication Tecnology (ICT)	 100%		
Descrizione		Rendicontazione			
<p>Promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati ed affiancamento.</p> <p>Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), assicurare collaborazione e supporto .</p> <p>Garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo del nuovo software GRU .</p> <p>FSE: Le Aziende entro il 31/12/2018 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS , offerta prenotazioni online, pagamenti online (DGR 919/18 pag. 91 di 106)</p>		<p>Si conferma il mantenimento delle funzionalità attivate verso il FSE regionale, la continua evoluzione di nuove funzionalità e il progressivo aumentando del numero di documenti inviati attraverso la rete SOLE. (fonte Paglioli): Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visitibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo. Il servizio garantisce il necessario supporto alle altre articolazioni aziendali per la realizzazioni delle fasi di progetto. Il software GRU è stato attivato ed è regolarmente in funzione.</p>			
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione						
Obiettivo	6.1.2.1	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)									100%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale			
% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE	specifico flusso di riferimento	% >=		51,30%	0,00%	54,46%				100,00%	
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-area amministrativo-contabile (GAAC)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%				100,00%	
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-software GRU	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%				100,00%	
% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale(per FSE)	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	70,00%	100,00%				100,00%	
% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP	specifico flusso di riferimento	% >=		70,00%	85,00%	85,00%				100,00%	

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.2	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)			 100%				
(DGR 919/18 pag. 92 di 106) Dematerializzazione delle prescrizioni: concludere l'adeguamento di tutti i sw coinvolti nella gestione della dematerializzazione e sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento. Software unico dei comitati etici: Le aziende dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e i servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca. Cartella clinica unica regionale informatizzata del DSM-DP: nel 2018 sarà avviata la procedura per l'acquisizione del sw unico regionale per la gestione dei DSM-DP. Le aziende dovranno garantire la partecipazione alle attività richieste con DPG/2017/12828			Nel primo semestre del 2018 è stata implementata la funzionalità che permetterà l'invio dello stato di erogato al sistema di accoglienza regionale, che è stato attivato nel secondo semestre 2018. In merito alla cartella unica regionale informatizzata del DAISM-DP, il referente del sistema Informativo DAISM DP, membro del gruppo regionale dell'analisi e dello studio di fattibilità, nonché del gruppo di realizzazione del Capitolato di gara, ha proseguito le sue attività, delle quali è tenuto regolare registro di firme presso la Regione. Al termine del primo semestre è stata pubblicata gara pubblica, e le azioni sono proseguite nel secondo semestre.						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate.		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%
Invio dello stato di erogato al sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	50,00%	100,00%		100,00%
% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo-Software unico dei comitati etici		specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%
partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale- cartella clinica unica		specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	95,00%	100,00%		100,00%

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione				
Obiettivo	6.1.2.3	DGR 919 - Information Communication Technology (ICT)			 75%				
Descrizione			Rendicontazione						
<p>Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi: Le aziende dovranno utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla DG Cura della persona, salute e welfare suddivisi in servizi dell'anagrafe strutture; servizi di decodifica.</p> <p>Software unico per sistema trasfusionale: Le aziende dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo della piattaforma applicativa sw.</p> <p>Nuovo sistema informativo unitario servizi sociali (SIUSS nazionale): Le aziende dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni secondo quanto previsto dalla normativa.</p> <p>Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero: Le aziende dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di PS e ricovero ospedaliero, per adempiere a quanto previsto dal Decreto 18/04/2012.(DGR 919/18 pag. 93 di 106)</p>			<p>Nelle SDO è prevista la rilevazione del dolore in corso di ricovero come richiesto della DG Cura della persona . Relativamente alla trasmissione dei certificati INPS è la situazione è la seguente: Per evento ricoveri è stata realizzata una integrazione tra applicativo Gestionale Ricoveri e Servizi telematici INPS che vengono regolarmente inviati dagli operatori, tuttavia non non è possibile stabilire una percentuale tra quelli inviati telematicamente rispetto a quelli trasmessi come cartacei. Per il PS non è ancora stata realizzata la integrazione con il gestionale di PS, ma viene utilizzato il portale INPS o TS. Quindi i certificati vengono inviati telematicamente ma direttamente su portale INPS o TS. Non è possibile fornire dei volumi di dati. Per il Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza, la RER ha proposto al Ministero del Lavoro e Politiche Sociali sei ambiti distrettuali: tre dell'AUSL di Bologna e tre dell'AUSL di Ferrara.Se tale proposta dovesse essere approvata dal Ministero, l'ambito territoriale di Parma sarebbe esentato per il 2018 dal caricamento dei dati nel casellario dell'assistenza.</p>						
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi		Riferimento Normativo					
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
% servizi interrogati/servizi resi disponibili - DG Cura della persona		specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		100,00%
Corretto utilizzo del SNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza		specifico flusso di riferimento	Si/No		Si		Si		100,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di PS		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		0,00%		0,00%
Nr. certificati di malattia telematici INPS prodotto per evento di Ricovero Ospedaliero		specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		80,00%		100,00%

Sub-area obiettivi DGR	4.9	Sistema Informativo	 99%
-------------------------------	------------	----------------------------	--

Settore obiettivi DGR	4.9	Sistema Informativo	 99%
------------------------------	------------	----------------------------	--

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Obiettivo	6.1.2.4	DGR 919 - Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi		 100%
Descrizione		Rendicontazione		
(DGR 919/18 pag. 94 di 106)Le aziende sono chiamate a partecipare al progetto di interconnessione delle banche dati, basate sull'identificazione del paziente, garantendo il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente, la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati		Per il flusso ADI sono state svolte le attività tecniche necessarie al miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo paziente e apportato le modifiche necessarie al tracciato record richiesto. La voce fa riferimento a più flussi. Per quanto riguarda il flusso Hospice (Cure Palliative), il flusso è stabile da diversi anni e garantisce una corretta identificazione del paziente e conforme a tutte le direttive regionali. IN riferimento al flusso hospice i valori degli indicatori sono quelli sotto riportati		
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi	Riferimento Normativo	

Obiettivo	6.1.2.4	DGR 919 - Sistema Informativo - Interconnessione dei flussi informativi							 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. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGE	specifico flusso di riferimento	% <=		1,00%	0,00%	1,00%		100,00%		
Adesione alle azioni richieste da NSIS	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	100,00%	95,00%		100,00%		
Rispetto scadenze adeguamento flussi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%		
Incidenza variazione dei dati (media annuale)	specifico flusso di riferimento	% <=		20,00%	1,00%	15,00%		100,00%		
Completezza dei dati nel mese di competenza	specifico flusso di riferimento	% >=		85,00%	100,00%	90,00%		100,00%		

Obiettivo	6.1.2.5	DGR 919 - Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata							 100%	
Descrizione				Rendicontazione						
Soddisfazione adempimenti LEA C.14, C.15: Spesa farmaceutica. Con l'obiettivo di adottare strumenti, tipici del controllo di gestione, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale sono richieste, alle Aziende Sanitarie: soddisfazione adempimenti LEA C.14, C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.				I flussi AFO e FED vengono inviato al prezzo medio ponderato annuale il cui calcolo è stato riconosciuto corretto dalla regione. In aggiunta ad afo e fed da marzo 2018 viene inviato il file dei prezzi farmaci da fatture in aderenza a quanto richiesto dalla regione. Da giugno il file dei prezzi e la relazione della farmacia vengono inviati regolarmente.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo						

Obiettivo	6.1.2.5	DGR 919 - Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata							 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 dei tempi d'invio delle relazioni mensili (n. relazioni mensili inviate entro i termini)	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%	90,00%	100,00%		100,00%		
Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		100,00%		
Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs. prezzo flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=		10,00%		10,00%		100,00%		
Presenza prodotti nei flussi vs. flusso traccia	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		
Rispetto dei tempi invio flussi FRNA - Invio flussi/dati entro i tempi	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Obiettivo	6.1.2.6	DGR 919 - Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera							 98%	
Descrizione				Rendicontazione						
Trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentale per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito). Rilevazione dei tempi di attesa: nell'ambito delle attività richieste alle Aziende ed oggetto di monitoraggio, prioritariamente vi sarà quanto definito dalla DGR 272/2017 per la soddisfazione dei tempi di attesa (prospettici) dei ricoveri programmati attraverso l'implementazione dei sistemi SIGLA 2.0.				Nel corso del 2018 è stato reingegnerizzato il sistema di gestione delle liste di attesa per interventi programmati adeguando il software aziendale alle nuove specifiche Sigla, ricodificando la maggior parte degli interventi seguendo il nuovo nomenclatore. Il set di interventi programmati include tutto quello previsto da SIGLA 2.0 ed è in fase di stabilizzazione la corretta trasmissione dei dati in tempo reale.						
Obiettivi Performance	2.3.3	Adempimenti nei flussi informativi		Riferimento Normativo						

Obiettivo	6.1.2.6	DGR 919 - Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera								
										 98%
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi)	specifico flusso di riferimento	% >=		80,00%		80,00%		100,00%		
Invio dati attività di radiologia PACS entro 31/12/2018	specifico flusso di riferimento	% >=		90,00%		90,00%		100,00%		
Presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore	specifico flusso di riferimento	% >=		95,00%	90,00%	90,00%		95,00%		

Sub-area obiettivi DGR	4.10	<u>La gestione del patrimonio immobiliare</u>	 100%
-------------------------------	-------------	--	---

Settore obiettivi DGR	4.10	<u>La gestione del patrimonio immobiliare</u>	 100%
------------------------------	-------------	--	---

Finalità ed obiettivi delle azioni 2018

Indicazione sintetica della situazione attuale

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti	 100%
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 919 - Gli Investimenti				

Descrizione	Rendicontazione
<p>Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L. 266/2005) e regionale (DGR708/215).</p> <p>Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2018, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo. (DGR 919/18 pag. 96 di 106)</p>	<p>Gli interventi finanziati nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità sono relativi al miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgo Val di Taro (progettazione conclusa), riqualificazione funzionale del PPIO (progettazione conclusa) e del Comparto Operatorio di Borgotaro (in progettazione), alla costruzione del nuovo Centro per la salute, la formazione e l'inclusione sociale di Vigheffio (progettazione conclusa), alla realizzazione della Casa della Salute di Fornovo (in affidamento), alla costruzione della Casa della Salute Lubiana San Lazzaro e Centro Dialisi Territoriale (Intervento M02 in esecuzione) ed alla costruzione del nuovo Polo Pediatrico Territoriale e della nuova ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio (in esecuzione). Relativamente agli interventi in progettazione, gli stessi sono stati sottoposti all'esame del Gruppo Tecnico Regionale entro le scadenze fissate dalla L.2606/2005 e dalla DGR 708/2015, mentre per la costruzione della Casa della Salute di Fornovo sono in corso le procedure di affidamento. L'intervento M02 è stato aggiudicato entro le medesime scadenze e sono state trasmesse le richieste di liquidazione relative al nuovo Polo Pediatrico Territoriale. Si provvederà, nel 2019, ad inviare le richieste di liquidazione relative alla costruzione dell'ala in ampliamento dell'Ospedale di Vaio.</p>

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.1	DGR 919 - Gli Investimenti								100%
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum sottoscritto il 02/11/2016		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di Programma Addendum e nel programma prevenzione incendi		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati(Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati)		Specifico flusso di riferimento	% >=		75,00%		75,00%		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 919 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica								100%
Descrizione	Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015). Azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica		Rendicontazione	Sono in corso, nel rispetto delle scadenze fissate dalla vigente normativa in materia di prevenzione incendi, gli interventi di adeguamento delle strutture ambulatoriali previste dal DM 15 marzo 2015. Nel contempo vengono assicurate le azioni di rinnovo dei CPI già rilasciati relativamente alle attività soggette. Sono state concluse le attività di progettazione dei lavori di miglioramento sismico del Corpo Storico dell'Ospedale di Borgotaro e sono stati assegnati gli incarichi per le restanti strutture previste dal piano aziendale di prevenzione sismica. Vengono assicurati gli aggiornamenti previsti dal monitoraggio regionale mediante gli sharepoint antincendio e antisismica						

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.2	DGR 919 - Prevenzione incendi - Prevenzione sismica								100%
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.3	DGR 919 - Manutenzione								100%
Descrizione	Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili: adesione al progetto AGENAS		Rendicontazione							
			Sono stati inseriti sul portale AGENAS, secondo le scadenze regionali, i dati relativi alle strutture Ospedaliere aziendali							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria		Specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti					
Obiettivo	7.10.2.4	DGR 919 - Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)								 100%
Descrizione			Rendicontazione							
Anagrafe dei complessi Immobiliari (CI): Censimento complessi immobiliari, raccolta delle informazioni necessarie al collegamento di CI al sistema GAAC			Sono stati raccolti ed inseriti sul portale CI i dati relativi ai Complessi Immobiliari Aziendali, completi delle informazioni richieste al 31 dicembre per il collegamento al sistema GAAC							
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo							
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Adempimenti previsti dalla raccolta attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC)	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Settore obiettivi DGR	4.10.1	Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale	
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	
100%			

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti						
Obiettivo	7.10.2.5	DGR 919 - Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende Sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale									100%
Descrizione			Rendicontazione								
Garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo.			E' stata assicurata ai competenti servizi regionali la collaborazione tecnica ed amministrativa richiesta a tutto il 31/12/2018 per l'espletamento delle procedure per la costituzione del fondo immobiliare								
Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo								
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%		

Settore obiettivi DGR	4.10.2	Tecnologie biomediche	 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale	

Dimensione Performance	4	Performance della sostenibilità	Area Performance	4.2	Area degli investimenti	 100%
Obiettivo	7.12.2.1	DGR919/18 - Tecnologie biomediche				

Descrizione	Rendicontazione
(DGR 919/18 pag.98 di 106)Garantire i flussi informativi ministeriali e regionali al parco tecnologico installato, il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova installazione, nonché massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative . Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	Nel corso del 2018 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto dal DGR 919/18 e il monitoraggio su modalità e tempi di utilizzo di TAC, RM e mammografi in uso. Non sono presenti al momento robot chirurgici.

Obiettivi Performance	4.2.1	Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e gestione degli investimenti	Riferimento Normativo
------------------------------	--------------	---	------------------------------

Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato - Secondo scadenze prestabilite	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie - Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%
Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	specifico flusso di riferimento	% >=		100,00%	1.000,00%	100,00%		100,00%
Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite per TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì	Sì	Sì		100,00%

Area obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>		 100%
Sub-area obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>		 100%
Settore obiettivi DGR	5	<u>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</u>		 100%
Finalità ed obiettivi delle azioni 2018		Indicazione sintetica della situazione attuale		

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione
Obiettivo	5.11.1.5	DGR 919/18 - Riordino dei Comitati Etici	 100%		
Descrizione		Rendicontazione			
Le segreterie dei CE dovranno collaborare alla sperimentazione della piattaforma informatica regionale		La Regione Emilia-Romagna, ha acquisito una specifica piattaforma software, SIRER, per la gestione informatizzata della Ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna . La piattaforma è stata presentata il 06/07/2018 presso l'Agenzia Sanitaria Sociale della Regione a cui hanno partecipato la Segreteria Locale per la provincia di Parma del Comitato Etico di AVEN oltre che di un rappresentante della Direzione Sanitaria per la Ricerca e Innovazione aziendale. E' stata assicurata da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico di AVEN e della direzione aziendale la partecipazione ad incontri sulla messa a punto di alcuni dei moduli costitutivi di SIRER e a due incontri formativi, tra novembre e dicembre, sull'utilizzo dell'applicativo.			

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.3	Area dell'Organizzazione					
Obiettivo	5.11.1.5	DGR 919/18 - Riordino dei Comitati Etici								100%
Obiettivi Performance	2.3.2	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	Riferimento Normativo							
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma - Partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi definiti a livello regionale		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%	

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.11.1.1	DGR 919/18 - Medicina di genere (Scheda 9)								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. In primo luogo si individua l'attivazione di un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica. In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.			Nel corso del primo semestre dell'anno (8 marzo) si è svolto l'ormai consueto evento di sensibilizzazione sulla tematica con il Convegno di Medicina delle Differenze "Identità e linguaggi" : si tratta della sesta edizione di questo evento interaziendale che si propone come momento di confronto e riflessione e su identità e ruoli di genere nell'attuale contesto socio-culturale.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo							

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.11.1.2	DGR 919/18 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda 11)								100%
Descrizione			Rendicontazione							
Dare scopo alle strategie di equità come approccio strutturale con azioni di sistema ed azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni istituzioni, sia verso l'esterno			Nel corso del primo semestre si è svolto un incontro interaziendale con il referente ASSR per lo sviluppo del progetto Equità a cui ha fatto seguito nel corso del mese di Giugno la convocazione del tavolo regionale dei Referenti Equità delle Aziende, in cui sono state condivise le azioni e gli obiettivi da raggiungere e le modalità di realizzazione che verranno realizzate nel corso del secondo semestre. Con delibera 905 del 27.12.2018 si è provveduto all'approvazione del "Piano interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze" e alla contestuale nomina del Referente Aziendale per l'Equità. Sono altresì proseguite le partecipazioni al tavolo regionale dei Referenti per l'Equità.							
Obiettivi Performance	2.1.3	Attività di prevenzione e promozione della salute	Riferimento Normativo							

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione					
Obiettivo	5.11.1.2	DGR 919/18 - Equità in tutte le politiche metodologie e strumenti (Scheda11)							 100%	
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente)	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Adottare un piano aziendale delle azioni equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo sulle attività assunte nei diversi livelli di programmaz., pianificaz. e gestione	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità e Diversità	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		
Utilizzare strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) per vulnerabilità sociali popolazione di riferimento del proprio territorio	Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%		

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

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.1	Area della Produzione				
Obiettivo	5.11.1.3	DGR 919/18 - Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)			 100%				
<p>Le disuguaglianze sociali e l'equità in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche: non sempre, infatti, i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e riescono a produrre un'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale, quanto piuttosto riproducono le disuguaglianze sociali pre-esistenti (o ne producono di nuove). Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzato, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi. Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:</p> <p>a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;</p> <p>b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).</p>			<p>Nel corso del primo semestre l'Azienda ha partecipato attivamente al Progetto Urbano Strategico "Edu City come città dei corretti stili di vita" promosso dal Comune di Sorbolo con la partecipazione dell'Università di Parma -Dip.to Ingegneria e Architettura-, ARPAE, Istituto comprensivo e Associazione locale; in particolare i professionisti aziendali coinvolti hanno contribuito allo sviluppo e al confronto delle tematiche relative alla promozione dei corretti stili di vita, gestendo incontri pubblici, momenti di confronto e contributi scritti. Il processo di realizzazione delle progettualità è proseguito nel corso del secondo semestre dell'anno con la presentazione e la condivisione dei risultati raggiunti (futura pubblicazione in fase di stampa a cura di UNIPR).</p>						
Obiettivi Performance	2.1.2	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata		Specifico flusso di riferimento	Sì/No		Sì		Sì		100,00%

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

Dimensione Performance	3	Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo	Area Performance	3.2	Area dello sviluppo organizzativo				
Obiettivo	5.11.1.4	DGR 919/18 - Metodi per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)			 100%				
<p>La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza; - all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella pro-spettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali; - alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti. 			<p>Nel corso del primo semestre è stato istituito il Gruppo Regionale di Coordinamento del progetto (per Ausl Parma partecipa il Dr. Vanni) ed è stato avviato il Corso di formazione per gli operatori. A livello aziendale sono coinvolti i Distretti di Parma e Fidenza (con il coinvolgimento complessivo di 3 operatori aziendali); il Corso è proseguito nel secondo semestre e coinvolge professionisti anche di altri Enti e istituzioni pubbliche e private.</p>						
Obiettivi Performance	3.2.1	Valorizzazione del capitale umano	Riferimento Normativo						
Indicatore		Fonte del dato per l'indicatore	Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Partecipazione di almeno un'azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento approccio dialogico in ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali		Specifico flusso di riferimento	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	6.3.2.4	DGR 919 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza			 97%				
Descrizione			Rendicontazione						

Dimensione Performance	2	Performance dei Processi Interni	Area Performance	2.2	Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico					
Obiettivo	6.3.2.4	DGR 919 - Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza			 97%					
<p>Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER).</p> <p>Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo.</p> <p>Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica .</p> <p>sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi. (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP)</p>			<p>Il completamento del sistema di rilevazione delle attività di sala operatoria mediante il software adottato e la installazione dei computer in sala operatoria ha permesso di adeguare le attività di registrazione durante gli interventi chirurgici e di sottoporre a sorveglianza nei tre comparti del Presidio Ospedaliero presi in considerazione nel primo semestre 2018 1365 interventi si 1396 riferibili alla chirurgia generale, ortopedia, ostetricia e ginecologia e urologia .</p> <p>La sorveglianza Sicher si è pertanto attestata a oltre il 99%.</p> <p>E' migliorato il consumo di gel idroalcolico pur non essendo tuttora raggiunta la soglia minima.</p> <p>Il Gel idroalcolico nelle strutture socio assistenziali non fornito dall'azienda: il dato è stato raccolto tramite una sistematica sensibilizzazione di tutte le strutture presenti sul territorio aziendale: ha risposto il 100% (come risulta da report regionale) delle strutture. Il 100% degli ospedali aziendali (2) partecipa alla sorveglianza e controllo della diffusione delle CRE tramite l'applicazione delle linee di indirizzi regionali in materia.</p>							
Obiettivi Performance	2.2.1	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo						
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento I semestre dell'anno)	specifico flusso di riferimento		% >=		75,00%		99,00%		100,00%	
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.00 giornate in regime di degenza ordinario(litri per gg di degenza)	specifico flusso di riferimento		Numero >=		20,00		17,20		86,00%	
Predisposizione di un report annuale di ausl su consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	specifico flusso di riferimento		Si/No		Si		Si		100,00%	
% Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%		100,00%		100,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo		7.12.2.2		DGR919/18 - Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA						 100%			
Descrizione						Rendicontazione							
(DGR 919/18 pag.102 di 106) Nel 2016 è stato messo a punto e avviato l'applicativo web regionale per la gestione delle richieste di acquisto di nuovi dispositivi medici (DM). L'applicativo web viene utilizzato dai clinici per compilare e inviare le richieste alla propria Commissione locale DM e viene utilizzato dalle Commissioni locali DM per la gestione delle fasi relative alla decisione se il DM sia o meno eleggibili a valutazione HTA regionale, alla valutazione dei DM che rimangono di competenza locale e alla condivisione del parere espresso. Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stata inserita un questionario frutto di un processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali. Nel 2018 alle Aziende Sanitarie si chiede pertanto di: 1. utilizzare il questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA						Le richieste di acquisto di nuovi DM da sottoporre alla valutazione della commissione DM locale (NPV) vengono effettuate utilizzando il questionario redatto dall'ASSR e dalla CRDM al fine di identificare i DM eleggibili a valutazione HTA. A oggi non sono state sottoposte alla commissione DM locale (NPV) richieste di DM candidabili alla valutazione regionale.							
Obiettivi Performance		2.2.1		Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico		Riferimento Normativo							
Indicatore				Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale	
Nr. di rich. ins. DM (questionario individ. DM eleggibili a valut. HTA compilato/ totale rich. ricevute(escluse le rich. inserimento relative a Dm di Classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)				specifico flusso di riferimento		% >=		80,00%	80,00%	80,00%		100,00%	

Dimensione Performance		2		Performance dei Processi Interni		Area Performance		2.2		Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Clinico			
Obiettivo		6.2.2.1		DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento						 100%			
Descrizione						Rendicontazione							

Obiettivo	6.2.2.1	DGR 919/18 - Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento							
								 100%	
<p>Le aziende dovranno presentare domanda di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943/17. Il contenuto dell'allegato della delibera sostituisce integralmente i requisiti dell'allegato n. della DGR 327/04. Implementazione nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento DGR 1943/1, misurando il grado di adesione nei processi direzionali agli stessi requisiti. Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie</p>		<p>Il primo semestre 2018 ha visto l'Ufficio Qualità impegnato nella preparazione documentale (1° livello - valutazione documentale), a tal riguardo la Direzione Aziendale ha definito un gruppo di coordinamento il cui obiettivo è stato quello di validare il Manuale Qualità Aziendale, documento cogente da includere nella domanda di accreditamento e rinnovo. Il Team di lavoro era rappresentato da figure professionali che, per ruoli aziendali svolti e per competenze specifiche, risultavano adeguatamente rappresentativi delle tematiche oggetto di argomentazione nel corso della visita di accreditamento regionale. Sono stati pianificati per 4 settimane una serie di incontri nei quali il Team, ha affrontato due criteri per sessione, in ognuno di questi è stata effettuata una riflessione accurata al fine di validare e aggiornare i contenuti del manuale. Sono previsti, a partire da settembre p.v., una serie di audit interni sul sistema qualità necessari a valutare l'applicazione del sistema a livello direzionale e, come questo permea ai vari livelli aziendali. La predisposizione della domanda di accreditamento/rinnovo ha riguardato le seguenti Strutture aziendali: 1) Ospedale di Fidenza; 2) Ospedale S.Maria di Borgo Val di Taro; 3) Hospice "La Valle del Sole"; 4) DAISM-DP; 5) DSP; 6) Hospice "P.Coruzzi" di Langhirano, 7) DCP; 8) Rete Locale Cure Palliative. L'Azienda ha garantito la partecipazione dei valutatori sia alle iniziative di formazione che alle visite di verifica. a partire dal secondo semestre del 2018, sono stati pianificati una serie di audit interni rivolti alla Direzione e alle Articolazioni aziendali, al fine di verificare l'applicazione del sistema qualità e come questo permea dalla Direzione ai livelli sottostanti.</p>							
Obiettivi Performance	2.3.4	Soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale				Riferimento Normativo			
Indicatore	Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale
Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31/07/2018)	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/17 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	Specifico flusso di riferimento		% >=		100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	Specifico flusso di riferimento		Sì/No		Sì	No	Sì		100,00%
Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati	Specifico flusso di riferimento		% >=		70,00%	80,00%			100,00%

Dimensione Performance		3		Performance dell'Innovazione e dello Sviluppo		Area Performance		3.2		Area dello sviluppo organizzativo			
Obiettivo		7.4.2.2		DGR 919 - Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie						 100%			
Descrizione						Rendicontazione							
Orientare l'attività formativa verso lo sviluppo di competenze professionali						1. Il percorso formativo " Controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali socio - sanitarie" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni. 2. Il percorso formativo "L'integrazione nelle case della Salute del Distretto Sud Est: valori, metodi e tecniche si pone l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; è inoltre prevista la misurazione dell'efficacia delle azioni. 3. Per il percorso formativo a distanza "Prevenzione delle cadute in ospedale: percorso formativo sulle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna." si prevede la misurazione dell'efficacia delle azioni. 4. Il percorso formativo a distanza "Sistemi di Vigilanza per i Dispositivi Medici si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo. 5. Il percorso formativo "Miglioramento dei processi di lavoro nelle funzioni amministrative integrate" si pone anche l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo.							
Obiettivi Performance		3.2.1		Valorizzazione del capitale umano		Riferimento Normativo							
Indicatore			Fonte del dato per l'indicatore		Udm / Confr.	Valore atteso intermedio	Valore atteso finale	Valore ragg. intermedio	Valore ragg. finale	Perf. inter	Perf. finale		
Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo			Specifico flusso di riferimento		Numero >=		4,00	4,00	4,00		100,00%		
Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni			Specifico flusso di riferimento		Numero >=		3,00	3,00	3,00		100,00%		